



Colima

GOBIERNO DEL ESTADO
PODER EJECUTIVO

GOBERNADORA CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE COLIMA
INDIRA VIZCAÍNO SILVA

SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO Y
DIRECTOR DEL PERIÓDICO OFICIAL
ALBERTO ELOY GARCÍA ALCARAZ

Las leyes, decretos y demás disposiciones obligan y surten sus efectos desde el día de su publicación en este Periódico, salvo que las mismas dispongan otra cosa.

www.periodicooficial.col.gob.mx

EL ESTADO DE COLIMA

PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO
CONSTITUCIONAL DEL ESTADO



SUPLEMENTO
NÚM. 2

EDICIÓN ORDINARIA
SÁBADO, 10 DE OCTUBRE DE 2026

TOMO CXI
COLIMA, COLIMA

NÚM.

103
70 págs.



EL ESTADO DE COLIMA

www.periodicooficial.col.gob.mx

SUMARIO

DEL GOBIERNO DEL ESTADO PODER LEGISLATIVO

DECRETO NÚM. 365.- POR EL QUE SE ABROGA LA LEY PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES EN EL ESTADO DE COLIMA; Y SE EMITE LA LEY DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES PARA EL ESTADO DE COLIMA.

Pág. 3

**DEL GOBIERNO DEL ESTADO
PODER LEGISLATIVO****DECRETO**

NÚM. 365.- POR EL QUE SE ABROGA LA LEY PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES EN EL ESTADO DE COLIMA; Y SE EMITE LA LEY DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES PARA EL ESTADO DE COLIMA.

MTRA. INDIRA VIZCAÍNO SILVA, Gobernadora Constitucional del Estado Libre y Soberano de Colima, a sus habitantes hace saber:

Que el H. Congreso del Estado me ha dirigido para su publicación el siguiente

D E C R E T O

EL HONORABLE CONGRESO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE COLIMA, EN EJERCICIO DE LAS FACULTADES QUE LE CONFIEREN LOS ARTÍCULOS 33 Y 40 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE COLIMA, EN NOMBRE DEL PUEBLO EXPIDE EL PRESENTE DECRETO, CON BASE EN LOS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES**1. PRESENTACIÓN Y TURNO DE LAS INICIATIVAS.**

1.1. Mediante oficio **DPL/407/2025**, de fecha 01 de abril del 2025, la Secretaría de la Mesa Directiva del H. Congreso del Estado de Colima, turnó a las Comisiones de Estudios Legislativos y Puntos Constitucionales; y de Salud y Deporte, la iniciativa de Ley con Proyecto de Decreto relativa a reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley de Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones del Estado de Colima.

1.2. Mediante oficio **DPL/801/2026**, de fecha 14 de enero del 2026, la Secretaría de la Mesa Directiva del H. del Congreso del Estado de Colima, turnó a las Comisiones de Estudios Legislativos y Puntos Constitucionales; y de Salud y Deporte, la iniciativa de Ley con Proyecto de Decreto relativa a abrogar la Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones en el Estado de Colima y emitir la Ley de Salud Mental y Adicciones para el Estado de Colima.

2. CONFERENCIAS Y FOROS CONSULTIVOS.

2.1. La Diputada Andrea Carolina Heredia Torres llevó a cabo diversas reuniones de trabajo, visitas y foros para la elaboración de la iniciativa de ley relativa a reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley de Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones del Estado de Colima, las cuales se enlistan a continuación:

Fecha	Actividad
20 de febrero de 2025	Primera reunión con Víctor Manuel Torrero Enríquez Secretario de Salud.
25 de febrero de 2025	Visita a la Clínica de Atención Residencial en Adicciones Femenil en Manzanillo, en compañía de Guillermo Blanco Govea, Comisionado Estatal de Salud Mental, Víctor Manuel Torrero Enriquez, Secretario de Salud, y la Alcaldesa Rosa María Bayardo Cabrera.
25 de febrero de 2025	Visitas al Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) y al Centro de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA).
25 de febrero de 2025	Instalación del Comité Municipal de Salud Mental y Adicciones de Manzanillo.
4 de marzo de 2025	Primera reunión con el Dr. Guillermo Blanco Govea, Comisionado Estatal de Salud Mental y Adicciones del Estado de Colima.
21 de marzo de 2025	Segunda reunión con el Dr. Guillermo Blanco Govea, Comisionado Estatal de Salud Mental y Adicciones del Estado de Colima.
1 de abril de 2025	Presentación de la Iniciativa de reforma y adiciones a la Ley de Salud Mental y Adicciones para el Estado de Colima.
25 de septiembre de 2025	Reunión con la Dra. Nancy Molina, Directora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Colima.
30 de septiembre de 2025	Reunión con el Dr. César Avitia, docente de tiempo completo en la Facultad de Psicología.
30 de septiembre de 2025	Reunión con la Dra. Nancy Molina, docente de tiempo completo en la Facultad de Psicología.
30 de septiembre de 2025	Reunión con el Mtro. Juan José Iglesias Núñez, Director de la UNIVA.
30 de septiembre de 2025	Reunión con la Licda. Karla López, Directora de la Universidad Vizcaya de las Américas.
1 de octubre de 2025	Reunión con Rubí Graciano, psicóloga especializada en temas de género.

8 de octubre de 2025	Reunión con Directivas de Primaria CENDI Tierra y Libertad.
8 de octubre de 2025	Reunión con Viridiana Valencia, Secretaria de Bienestar, Inclusión y Mujeres del Estado.
9 de octubre de 2025	Reunión con Colectivas de Mujeres.
10 de octubre de 2025	Reunión con María del Rosario Silva Verduzco, Delegada de Programas para el Bienestar en Colima.
10 de octubre de 2025	Reunión con Ana Reyes de la Mora y Perla Chávez, psicólogas enfocadas en Salud Mental Juvenil.
13 de octubre de 2025	Reunión con Marcos Daniel Barajas, Rector de la Universidad José Martí.
15 de octubre de 2025	Ciclo de Conferencias “Las personas no somos el problema”.

2.2. Asimismo, la Diputada Karen Judith Jurado Escamilla, llevó a cabo diversas reuniones de trabajo y foros para la elaboración de la iniciativa de Ley con Proyecto de Decreto relativa a abrogar la Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones en el Estado de Colima y emitir la Ley de Salud Mental y Adicciones para el Estado de Colima, las cuales se mencionan a continuación:

Fecha	Actividad
24 de enero de 2025	Reunión de trabajo con el Dr. Guillermo Ramírez Zavala, del Centro de Asesoría y Consultoría para la Intervención Psico-Jurídica (CACIP) y presidente de la Asociación de Psicólogos en el Estado.
05 de marzo de 2025	Reunión de trabajo con el Dr. Guillermo Blanco, Comisionado Estatal de Salud Mental y Adicciones, y representantes de Salud Mental y Grupos Vulnerables del Gobierno del Estado.
22 de mayo de 2025	Reunión de trabajo con el Dr. Guillermo Ramírez Zavala, del Centro de Asesoría y Consultoría para la Intervención Psico-Jurídica (CACIP) y presidente de la Asociación de Psicólogos en el Estado.
24 de junio de 2025	Reunión de trabajo con representantes de la Asociación de Egresados de Psicología de la Universidad de Colima, Facultad de Psicología, Colegio de Psicólogos de Colima, Salud Mental y Adicciones del Estado de Colima y Centro de Asesoría y Consultoría para la Intervención Psico-jurídica.
11 de agosto de 2025	Reunión con Secretario de Salud, Víctor Manuel Torrero y su área jurídica, y el comisionado estatal de Salud Mental y Adicciones, Dr. Guillermo Blanco.
22 de septiembre de 2025	Reunión de trabajo con representantes de la Universidad de Colima, en las áreas de la Federación de Egresados y de la Facultad de Psicología, así como del Colegio de Psicólogos del Estado.
23 de septiembre de 2025	Reunión con Alberto Eloy García Alcaraz, el Secretario General de Gobierno de Colima.
2 de octubre de 2025	Reunión de trabajo con representantes de la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones, la Universidad de Colima, la Federación de Egresados de la Facultad de Psicología, el Colegio y la Asociación de Psicólogos del Estado.
10 de octubre de 2025	Día Mundial de la Salud Mental: Charla académica del Dr. Guillermo Blanco y Dr. Guillermo Ramírez Zavala sobre la importancia de la generación de una nueva Ley de Salud Mental y Adicciones para el Estado de Colima, y diagnóstico de la salud mental y adicciones en el Estado; y rueda de prensa para anunciar el foro “De frente con la Salud Mental y las Adicciones de nuestra Colima: análisis de la iniciativa de ley estatal”.
11 de octubre de 2025	Reunión de trabajo con representantes del Colegio oficial de Psicólogos del Estado de Colima
28 de octubre de 2025	Foro: “De frente con la Salud Mental y las Adicciones de nuestra Colima: análisis de la iniciativa de ley estatal”.

De estas reuniones, el Foro denominado “De frente con la Salud Mental y las Adicciones de nuestra Colima: análisis de la iniciativa de ley estatal”, da cumplimiento al artículo 4, numeral 3 de la Convención sobre los Derechos Humanos de las personas con Discapacidad, que señala “En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan”; toda vez que en dicho foro se realizó mediante convocatoria pública, y en la fecha de su celebración se contó con la asistencia de representantes de instituciones públicas y privadas especializadas en la atención de las adicciones, la salud mental, la protección de derechos humanos, atención integral de niñas, niños y adolescentes; instituciones encargadas de la seguridad pública, así como universidades, y público en general, entre las que destacan la siguientes:

1. CESMAC.
2. Hogar del Refugio.
3. Comisión Estatal de Derechos Humanos Colima.
4. Universidad de Colima.
5. Universidad Intercultural.
6. Secretaría de Educación del Gobierno del Estado de Colima.
7. Casa Hogar La Armonía.
8. Colegio de Psicólogos.
9. Regidores de Villa de Álvarez.
10. Secretaría de Salud del Estado de Colima.
11. COPSI.
12. CIELO Eterno.
13. SNSP Salud Psicológica.
14. Colegio de Pediatría.
15. H. Ayuntamiento de Colima.
16. Facultad de Psicología de la Universidad de Colima.
17. DIF Municipal de Ixtlahuacán.
18. Facultad de Enfermería de la Universidad de Colima.
19. Neuróticos Anónimos.
20. Secundaria Estatal No. 02.
21. Secundaria Estatal No. 8.
22. Central Mexicana de Servicios.
23. Universidad Pedagógica Nacional 061.
24. Fiscalía General.
25. DIF Municipal Comala.
26. Instituto Raimon Gaja.
27. DIF Municipal Manzanillo.
28. Federación de Egresados de la Universidad de Colima.
29. Centro de Promoción Humana y de Cultura de Colima, I.A.P. (Albergue del Refugio).
30. Colegio de Trabajo Social de Colima Margarita Septién Rul A.C.
31. IMPACTO COLECTIVO.
32. Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Colima.
33. CLUB SIMAR AJEDREZ.
34. H. Congreso del Estado de Colima.

Las personas invitadas al Foro analizaron previamente la propuesta legislativa, a fin de propiciar una participación informada y fluida durante su desarrollo. En ese contexto, se llevaron a cabo diversas mesas de trabajo en las que se formularon observaciones, comentarios y propuestas, mismas que fueron registradas en archivos de audio y posteriormente sistematizadas en el documento denominado *“De frente con la Salud Mental y las Adicciones de nuestra Colima: análisis de la iniciativa de ley estatal. Análisis de las mesas de trabajo”*.

Las observaciones y aportaciones contenidas en dicho documento fueron valoradas durante el proceso de elaboración de la iniciativa, incorporándose aquellas consideradas procedentes, con lo cual se fortaleció su contenido y quedó debidamente reflejada la participación ciudadana en su construcción.

3. SESIÓN DE LAS COMISIONES LEGISLATIVAS.

La Presidencia de la Comisión Legislativa de Estudios Legislativos y Puntos Constitucionales, convocó a sus integrantes y a los de la Comisión de Salud y Deporte a reunión de trabajo a celebrarse a las 20:00 horas del 17 de septiembre de 2026,

en el espacio asignado para reuniones en la Residencia Temporal de esta Soberanía, a efecto de analizar, discutir y, en su caso, dictaminar las iniciativas que nos ocupan.

Es por ello que las y los integrantes de estas Comisiones Dictaminadoras, procedemos a realizar el siguiente:

ANÁLISIS DE LAS INICIATIVAS

1. La iniciativa de Ley con Proyecto de Decreto relativa a reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley de Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones del Estado de Colima, en el apartado que corresponde a la exposición de motivos señala lo siguiente:

*"El primer párrafo del Artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dispone que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en ésta, en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que la misma establece; siendo el párrafo tercero del citado artículo el que obliga a todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, luego entonces el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley."*¹

Que el cuarto párrafo del artículo 4. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece lo siguiente:

"Artículo 4o.- (...)

(...)

(...)

*Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social."*²

Del precepto constitucional anteriormente citado, se desprende que la protección de la salud, como un derecho, debe ser pleno, integral y con base a los requerimientos de cada persona, garantizado por el Estado y sujeto a los lineamientos que para tal efecto establezcan las disposiciones legales aplicables.

*En 2015 México, como estado miembro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se sumó a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible; la cual en su Objetivo 3, establece el compromiso de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; considerando la inclusión de la salud mental, y estipula como metas: reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, promover la salud mental y el bienestar, así como fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas."*³

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de la Naciones Unidas, a la cual se adhirió el Estado Mexicano en el año 1948, con fecha de entrada en vigor del 28 de enero de 1992, establece en su artículo 25, el Derecho a la salud en los siguientes términos:

"Artículo 25. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios."

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, también conocido como "Protocolo de San Salvador", ratificado por México

¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 1o. Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf> Fecha de consulta 15 de Marzo de 2025.

² Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 1o. Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf> Fecha de consulta 15 de Marzo de 2025.

³ Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf Fecha de consulta 16 de marzo de 2025.

el 16 de abril de 1996, en su artículo 10 reconoce el derecho de toda persona a la salud entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.⁴

En México, como Estado miembro de tratados internacionales en los que se declara la protección de salud física, mental y social, tenemos la obligación de garantizar y hacer efectiva la protección al derecho de la salud, en el caso particular, respecto del tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación en materia de adicciones; asegurando que todos los sectores de la sociedad se involucren para la consecución de los fines y materializar acciones legislativas y ejecutivas en los 3 niveles de gobierno.

El 16 de mayo de 2022, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de salud, en materia de salud Mental y Adicciones, estableciéndose en el artículo 72, lo siguiente:

“La salud mental y la prevención de las adicciones tendrán carácter prioritario dentro de las políticas de salud y deberán brindarse conforme a lo establecido en la Constitución y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos. El Estado garantizará el acceso universal, igualitario y equitativo a la atención de la salud mental y de las adicciones a las personas en el territorio nacional.

Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación por motivos de origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad, la expresión de género, la filiación política, el estado civil, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Para los efectos de esta Ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar físico, mental, emocional y social determinado por la interacción del individuo con la sociedad y vinculado al ejercicio pleno de /os derechos humanos; y por adicción a la enfermedad física y psico-emocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación.”⁵

Dicha iniciativa tiene como objetivo que la Secretaría de Salud, instituciones de salud y las entidades federativas capaciten continuamente al personal médico, paramédico y administrativo en materia de primeros auxilios psicológicos, intervención de crisis, prevención, detección oportuna y atención de trastornos mentales del comportamiento.

Con fecha 06 de septiembre de 2024, se llevó a cabo la Tercera Reunión Ordinaria del CONASABI, en la cual se aprobó el Acuerdo 01/II/CONASABI/2024, para dar cumplimiento a la Estrategia Nacional de Salud Mental y Adicciones, los Consejeros se comprometieron a fortalecer la Estrategia Nacional de Salud Mental y Adicciones en los 32 CEISS, a más tardar el 30 de septiembre de 2024, bajo la coordinación del Comisionado Estatal de Salud Mental y Adicciones, para supervisar y evaluar las funciones de los servicios de salud mental y de los equipos de respuesta en emergencias en salud mental.

Así como a seguir los modelos de atención en salud mental y adicciones establecidos en la reforma a la Ley General de Salud publicada en el DOF 16/05/2022, y por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones en todas las unidades vinculadas a la atención de la salud mental y adicciones, como lo son los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones, Centros Integrales de Salud Mental, Hospitales Generales, Hospitales Integrales Básicos Comunitarios, Hospitales Psiquiátricos y todos los restantes que brinden atención en Salud Mental en acompañamiento técnico de la CONASAMA.

También se comprometieron a continuar con el Programa permanente de capacitación en salud mental y adicciones: mhGAP, Atención de las urgencias en salud mental, Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, Primera Ayuda Psicológica y Salud Mental, Atención Psicosocial tanto en personal de salud como en las brigadas comunitarias y Supervisión y capacitación intersectorial en los centros residenciales.

Ante el panorama actual de la salud mental como un problema de salud pública la OMS propone diferentes acciones para mejorar su atención, hacer más eficientes los servicios de salud y disminuir la carga y estigmas de las enfermedades mentales y adicciones.

⁴ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador". Recuperado de: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html> Artículo 10. Fecha de consulta: 16 de marzo de 2025.

⁵ Ley General de Salud. Recuperada de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm> Fecha de consulta: 17 de marzo de 2025

De acuerdo con la actualización al "Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones" publicado en el año 2022 por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, se estima una prevalencia anual de trastornos mentales y adicciones de casi una quinta parte de la población total. No obstante, las personas afectadas no presentan estos padecimientos en la misma intensidad, sino que estos pueden ser trastornos leves en 33.9% de los casos, moderados 40.5% y el 25.7% trastornos graves o severos; sin embargo, una cuarta parte de las personas con trastornos mentales y adicciones transitarán hacia la severidad, frente a una brecha de atención de cerca del 80%. Los trastornos más frecuentes son Depresión en 5.3% de la población, seguido de trastorno por consumo de alcohol 3.3%, y trastorno obsesivo compulsivo 2.5%⁶

Como antecedentes queremos precisar que se realizaron diversos ejercicios de consulta, la primera de ellas con el Titular del Organismo de la Secretaría de Salud del Estado de Colima, el C.P. Víctor Manuel Torrero Enríquez, así como con los titulares de los Organismos Desconcentrados de la misma Secretaría.

Con fecha 10 de Febrero de 2025, la suscrita Diputada Andrea Carolina Heredia Torres me reuní con el Secretario de Salud, el C.P. Víctor Manuel Torrero Enríquez en el Despacho de la Secretaría de Salud en conjunto con mi equipo de trabajo con la finalidad de conocer el contexto actual del Estado de Colima en Materia de Salud Mental, en dicha reunión el Secretario de Salud expuso el panorama actual de los servicios de salud públicos, el estado de los Hospitales Generales, el incremento en las tasas de suicidio y adicciones, así como de los convenios que se tienen con la federación, su perspectiva en materia de participación del Estado y la importancia de otorgar un presupuesto suficiente para lograr los objetivos en materia de Salud.

La segunda reunión se celebró el 21 de Febrero de 2025 por medio de la Comisión de Salud y Deporte, en la que se contó con la presencia de diputadas y diputados integrantes de la LXI Legislatura en el H. Congreso del Estado de Colima, además de la participación del Secretario de Salud, C.P. Víctor Manuel Torrero Enríquez y los titulares de los Organismos Desconcentrados de la Secretaría de Salud del Estado, Ing. Elide Rubí Cuevas Mendoza, Comisionada Estatal Para La Protección Contra Riesgos Sanitarios (COESPRIS), Dr. Guillermo Blanco Govea, Comisionado Estatal de Salud Mental y Adicciones (CESMAC) y Luis Cesar Dávila, Director de la Administración de Beneficencia Pública. En dicha reunión se analizó la legislación vigente en materia de salud con el objetivo de plantear adecuaciones pertinentes para mejorar los servicios y el funcionamiento del sistema de Salud.

El 25 de Febrero, la suscrita Diputada Andrea Heredia Torres realice un recorrido con la Presidenta Municipal de Manzanillo Rosa María Bayardo Cabrera, el Secretario de Salud Víctor Manuel Torrero Enríquez y el Dr. Guillermo Blanco Govea, Comisionado Estatal de Salud Mental por el Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones CECOSAMA y la Clínica de Atención Residencial en Adicciones Femenil de Manzanillo, lo que me permitió ver de primera mano las actividades que ahí se realizan, reconocer el esfuerzo de los profesionales del área de salud en primera línea y los esfuerzos por los que se necesita seguir trabajando. Así mismo, estuve presente en la Instalación del Comité Municipal de Salud Mental y Adicciones de Manzanillo, el cual está comprometido en impulsar estrategias públicas que coloquen la salud mental y la prevención de adicciones en la agenda del bienestar.

Con el objetivo de conocer el estado actual de los servicios de salud mental en el Estado, el 04 de Marzo del año en curso, celebré una reunión de trabajo con el Dr. Guillermo Blanco Govea, Comisionado Estatal de Salud Mental quién manifestó las acciones de prevención y atención integral de salud mental y adicciones que se realiza a través de la comisión, presento el contexto actual de los servicios de salud mental en el estado, como se encuentra organizada la Comisión Estatal, el trabajo que llevan a cabo los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones y las Clínica de Atención Residencial en Adicciones, así como una propuesta de las leyes que considera tienen áreas de oportunidad para reformarse en beneficio de la ciudadanía en materia de salud mental y adicciones.

Derivado de las primeras consultas y conjuntando las propuestas hechas por los asistentes se realizó el presente Proyecto y con fecha 21 de Marzo de los corrientes, lleve a cabo una reunión de trabajo de seguimiento con el Dr. Guillermo Blanco Govea, Comisionado Estatal de Salud Mental, mediante la cual trabajamos las adecuaciones necesarias al proyecto propuesto.

Por tanto, en irrestricto cumplimiento del compromiso institucional por mantener actualizadas las normas jurídicas de esta entidad federativa, a fin de que correspondan con el marco constitucional que nos rige y, particularmente con la estructura orgánica y atribuciones de las entidades y dependencias estatales resulta

⁶ 2o Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf> Fecha de consulta: 18 de Marzo de 2025

necesario reformar el nombre de la Ley de Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones del Estado de Colima, por el de Ley de Salud Mental y Adicciones del Estado de Colima.

La salud mental es un derecho fundamental, que abarca mucho más que las adicciones, si bien las adicciones son un aspecto importante de la salud mental, muchas personas también sufren de trastornos mentales. Incorporar la salud mental de forma explícita en la legislación ayuda a desestigmatizarla, promoviendo una visión más inclusiva y comprensiva, lo que facilita que más personas busquen ayuda sin temor al juicio social.

Cambiar el nombre y la estructura de la ley permite abordar la interrelación entre adicciones y otros problemas de salud mental de manera más integral, en tanto que limitar la ley a las adicciones deja fuera a muchas personas que también requieren atención y apoyo. Muchos problemas de salud mental, incluidos los trastornos de adicción, pueden ser prevenidos o manejados eficazmente si se detectan a tiempo, al ampliar el enfoque de la ley, se promueve una mejor prevención y una atención más accesible y temprana para una mayor variedad de trastornos.

Con esta iniciativa la Ley puede ampliarse para incluir los trastornos de salud mental en general, y no limitarse únicamente a las adicciones, lo que implica que los recursos y las políticas públicas aborden todas las facetas de la salud mental, incluyendo la promoción del bienestar emocional y psicológico en la población en general.

Otra circunstancia que no se puede dejar de lado y que motiva la presentación de esta iniciativa, es el hecho de que la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones, cuente con la correcta denominación de su naturaleza jurídica en la Ley de mérito y que le permita mantener el cumplimiento de sus obligaciones. De esta manera establecemos las Atribuciones y Responsabilidades de la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones, así como su estructura orgánica a través de sus áreas administrativas.

Regular la Comisión en la ley asegura que la salud mental sea una prioridad dentro de las políticas públicas del estado, lo que también ayuda a asegurar que se asignen los recursos necesarios para la atención de la salud mental. Esto contribuye a asegurar que los recursos sean utilizados de manera eficiente, que se garanticen servicios de calidad y que se mantenga la mejora continua, lo que disminuye el estigma asociado con los trastornos mentales y fomenta una cultura de apoyo y aceptación. La formalización de esta Comisión en la legislación fortalece las políticas públicas del estado, enfocándose en el bienestar de toda la población.

La presente iniciativa, busca actualizar la Ley de Prevención, Control y Tratamiento de Adicciones publicada en el Periódico Oficial “El Estado de Colima” el 18 de febrero de 2006, cuya última reforma fue el 19 de noviembre de 2022, por ende, es crucial por varias razones considerando tanto los cambios sociales, políticos, económicos, culturales o de cualquier otra índole como los avances en el entendimiento de la salud mental y las adicciones.

Las adicciones están íntimamente relacionadas con los trastornos de salud mental, y su tratamiento no debe verse de manera aislada, la Ley puede beneficiarse de un enfoque más amplio que contemple la interrelación entre la salud mental y las adicciones, incluyendo medidas preventivas desde temprana edad y mejorando los servicios de salud mental en general. Actualizar la Ley permitirá un enfoque integral que no solo trate a las personas con adicciones, sino que también prevenga el desarrollo de otros trastornos mentales.

El tratamiento de las adicciones debe ser parte de un enfoque más amplio de salud pública que considere aspectos como la prevención, la educación, la rehabilitación y la reinserción social. La Ley puede evolucionar para incluir un enfoque más amplio, integrando no solo la intervención en el tratamiento de las adicciones, sino también el fortalecimiento de políticas públicas que promuevan la salud mental, la prevención temprana y el apoyo psicosocial para personas en riesgo.

Otro aspecto que considerar es el estigma asociado con las adicciones, dado que sigue siendo un gran obstáculo para que las personas afectadas busquen ayuda. La Ley puede ser actualizada para incorporar medidas que fomenten la reintegración social de las personas que han superado una adicción, promoviendo su inclusión en la sociedad sin discriminación, esto también puede implicar la promoción de una mayor comprensión pública sobre las adicciones como una enfermedad y no solo como un comportamiento “disocial o moralmente inapropiado”.

Actualizar la Ley de Prevención, Control y Tratamiento de Adicciones no solo responde a la necesidad de adaptar la legislación a los cambios en las adicciones y en la sociedad, sino que también mejora la calidad del tratamiento, la prevención, y la integración social de las personas afectadas por adicciones. Mantener la ley actualizada asegura una respuesta más efectiva, integral y moderna frente a los desafíos que plantea este problema de salud pública.

Uno de los principales obstáculos para que las personas afectadas por adicciones reciban un tratamiento adecuado es el fuerte estigma social que persiste en torno a estas condiciones. A menudo, las personas con adicciones son etiquetadas de manera despectiva como "adictos", lo que puede llevar a la discriminación y a la marginalización, y refuerza la idea errónea de que las personas con estas condiciones son incapaces de cambiar o de recuperar el control sobre sus vidas. Este estigma no solo impacta su salud emocional y psicológica, sino que también limita su acceso a los servicios de salud y tratamiento que requieren.

El lenguaje utilizado en la sociedad y en los medios de comunicación juega un papel crucial en cómo se percibe a las personas con adicciones. Llamarlas "adictos" simplifica un problema complejo, reduciendo a la persona a una sola característica negativa. Sin embargo, las adicciones son trastornos de salud multifacéticos que involucran factores biológicos, psicológicos y sociales, y es fundamental reconocer que las personas afectadas por ellas son seres humanos con dignidad, derechos y potencial para la recuperación.

Con esta reforma se busca fomentar el uso de un lenguaje más inclusivo y respetuoso, en lugar de utilizar términos estigmatizantes como "adictos", se propone hablar de "personas con uso problemático de sustancias psicoactivas". Esto no solo promueve una visión más compasiva y comprensiva de la situación, sino que también puede ser un paso importante hacia la desestigmatización y la inclusión social.

Eliminar el estigma y el lenguaje peyorativo es un acto esencial para que las personas que luchan contra las adicciones no se sientan deshumanizadas ni avergonzadas de buscar ayuda. Al crear un ambiente de apoyo y comprensión, aumentamos las probabilidades de que más personas se acerquen a los servicios de tratamiento, fomentando su bienestar y recuperación.

Por lo tanto, esta reforma no solo aborda la necesidad de una atención integral en salud mental y adicciones, sino que también da un paso crucial para transformar la percepción pública y promover un cambio cultural hacia una sociedad más inclusiva y menos discriminatoria.

En el mismo sentido, con motivo de la presente actualización a la ley, se reforma en su totalidad de manera que el lenguaje que se utiliza sea inclusivo, lo que garantiza que las leyes sean entendidas y aplicables a todos los grupos sociales, sin excluir a personas que históricamente han sido marginadas o invisibilizadas.

Por otro lado, la inclusión de un título específico sobre el fenómeno suicida en la Ley es crucial porque permite visibilizar este fenómeno como un problema de salud pública. Aumenta la conciencia sobre su impacto en la sociedad y subraya la necesidad de abordar la prevención y atención del suicidio de manera sistemática y estructurada.

El suicidio no puede considerarse un problema aislado, debe ser abordado de manera integral dentro de los contextos de las adicciones y la salud mental. Un capítulo dedicado a este fenómeno garantizaría que los programas de prevención y tratamiento en el ámbito de las adicciones y la salud mental también incluyan medidas específicas para reducir el riesgo suicida, identificando señales de alarma y proporcionando apoyo emocional adecuado.

Adicionar un Título sobre el fenómeno suicida en esta iniciativa no solo reconoce la gravedad del problema, sino que establece un marco legal claro y coherente para la prevención, tratamiento y atención de las personas en riesgo, protegiendo vidas y promoviendo una salud pública más humana y comprensiva.

Cabe señalar que la presente iniciativa señala en su artículo transitorios Segundo, señala el término de treinta días a partir del inicio de vigencia de esta ley, a los Establecimientos Residenciales de Tratamiento de las Adicciones, que se encuentren operando en la entidad, anteriormente conocidos como centros de tratamiento y rehabilitación contra las adicciones, para tramitar su registro y regularizar su funcionamiento ante la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado.

Así como también en el transitorio Tercero, se concede el término de 120 días a los Establecimientos Residenciales de Tratamiento de las Adicciones de las personas con uso problemático de sustancias psicoactivas, anteriormente conocidos como centros de tratamiento y rehabilitación contra las adicciones, en los sectores privado o social que operen en el Estado, a fin de su cumplimiento.

Por otro lado, el transitorio cuarto establece que el o la Titular en turno del Ejecutivo del Estado deberá expedir el Reglamento de la presente Ley en un término de 90 días a partir de la constitución del Consejo, esto a razón de que si bien es cierto la presente Ley fue publicada en el Periódico Oficial "El Estado de Colima" Núm. 07, el 18 de febrero de 2006, el reglamento de la presente Ley no fue expedido en el término inicialmente señalado y es cuanto, que hasta el día de hoy no existe dicha reglamentación".

2. La iniciativa de Ley con Proyecto de Decreto relativa a abrogar la Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones en el Estado de Colima y emitir la Ley de Salud Mental y Adicciones para el Estado de Colima, en el apartado que corresponde a la exposición de motivos señala lo siguiente:

“La prevención, atención y acompañamiento en salud mental y adicciones ha sido una deuda histórica en Colima, particularmente desde el trabajo legislativo. Este rezago ha dejado sin respuestas a miles de personas que necesitan un sistema que les mire con dignidad y que les garantice un trato justo.

Cuando el Estado no regula de manera clara asuntos sociales tan urgentes, se genera incertidumbre tanto para quienes brindan los servicios como para quienes los necesitan. Esa omisión por mucho tiempo limitó la posibilidad de ejercer plenamente el derecho humano a la salud, profundizó desigualdades que no podemos seguir normalizando.

En 2022 fue aprobada una reforma trascendental a la Ley General de Salud, precisamente en materia de salud mental y adicciones (Documenta A.C., 2024). Este fue el resultado de años de activismo de personas usuarias, familiares y organizaciones civiles, que sentó las bases para transformar un modelo de atención psiquiátrica hacia un modelo comunitario y de respeto a los derechos humanos (Documenta A.C., 2024).

Estos cambios marcaron un antes y un después: se prohibió construir nuevos hospitales psiquiátricos monoespecializados y se ordenó transformar los hospitales psiquiátricos actuales en servicios ambulatorios o integrarlos a hospitales generales. Esa reforma también subrayó que las personas tienen derecho a recibir atención en su comunidad, cerca de sus redes, sin aislamiento ni prácticas que vulneren su dignidad.

Siguiendo los mismos principios, México adoptó el Modelo Mexicano de Salud Mental y Adicciones, centrado en la atención comunitaria, integral y con enfoque de derechos. Este modelo ha tenido continuidad en el gobierno de la presidenta Claudia Sheinbaum, consolidando diversos programas, aunque aún enfrenta retos de implementación y financiamiento.

Para operarlo, el gobierno impulsó el Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024, que articuló acciones interinstitucionales para garantizar servicios gratuitos desde el primer nivel. Bajo este plan, la Conasama coordina dos ejes centrales: la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones y el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, que ha desarrollado materiales educativos y herramientas pioneras en la región. A ello se suman campañas públicas como “Vive Saludable-mente” y “Escucha, Solos no y Ayuda”, dirigidas a jóvenes, que buscan romper estigmas y promover el autocuidado.

Uno de los ejes centrales de la estrategia federal ha sido llevar la salud mental al corazón del sistema público. El IMSS puso en marcha su Programa Integral de Salud Mental, orientado a fortalecer la prevención, ampliar la oferta de servicios y garantizar acceso equitativo. Gracias a ello, se han realizado cientos de miles de consultas y millones de tamizajes, reduciendo la brecha que históricamente ha dejado a muchas personas sin atención.

El ISSSTE, por su parte, creó por primera vez un programa integral para sus tres niveles de atención, incluyendo el “Código Morado” para emergencias psiquiátricas y la habilitación de camas especializadas en todos sus hospitales. También impulsó capacitación, apoyo psicológico durante la pandemia y equipos comunitarios que llevan servicios hasta donde antes no llegaban.

En conjunto, estas acciones buscan algo fundamental: que la salud mental sea un derecho garantizado por el Estado, con instituciones coordinadas y servicios cercanos a la gente. Un modelo que prioriza la dignidad, la comunidad y el acceso universal.

Bajo el gobierno de la Cuarta Transformación, la política de salud mental ha mantenido continuidad y se proyecta hacia un Programa Nacional de Salud Mental 2025-2030 que busca garantizar acceso universal, concentrándose en las y los jóvenes, personas mayores y víctimas de violencia.

El modelo vigente ha dejado atrás la lógica del “manicomio” y se reorganizó como una red comunitaria. En el primer nivel operan más de 300 CECOSAMAs en todo el país, donde equipos multidisciplinarios atienden de manera ambulatoria, previenen, detectan y acompañan sin separar a las personas de sus redes familiares y sociales. Allí también surgen brigadas comunitarias que llevan servicios a zonas rurales e indígenas, mostrando tanto el alcance social del modelo como sus limitaciones actuales de personal.

En el segundo nivel, los hospitales generales ya integran servicios de salud mental para atender crisis agudas sin aislar a las personas en hospitales monoespecializados. Subsistemas como el ISSSTE han adoptado esta línea con el Código Morado y la habilitación de camas en todos sus hospitales.

Y en el tercer nivel permanece una red más pequeña de hospitales psiquiátricos destinados a casos complejos, en proceso de reconversión gradual, conforme la ley prohíbe nuevos manicomios y empuja a integrar sus funciones al sistema general.

En conjunto, el país está avanzando hacia un modelo más humano, comunitario y basado en derechos, aunque aún marcado por la necesidad de fortalecer capacidades para dejar atrás definitivamente el enfoque biomédico y punitivo que históricamente ha dominado la atención en salud mental.

Dicho lo anterior, podemos decir que el modelo nacional de salud mental combina distintos niveles de atención, pero haciendo énfasis en lo comunitario: la atención ambulatoria cercana a las personas, el apoyo resolutivo de los hospitales generales y la hospitalización sólo cuando es indispensable. Este enfoque integra la salud como un proceso médico, psicológico y social, es decir, un proceso integral; articula a distintos sectores del Estado y adapta sus intervenciones a contextos rurales y de diversas comunidades. Sus pilares son claros: derechos humanos, eliminación del estigma, participación activa de las personas en su tratamiento y un principio guía que resume su espíritu transformador, que dice: sin justicia social, no hay salud mental.

Hay que reconocer, que Colima respondió con rapidez y visión progresista a esta transformación. Bajo el liderazgo de la gobernadora Indira Vizcaíno, el estado reordenó sus servicios desde 2022 para priorizar prevención, atención comunitaria e integración de las adicciones. Creó la CESMA como instancia rectora con enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad, y estableció coordinación directa con Conasama para aterrizar el modelo comunitario.

La conversión de las UNEME-CAPA en CECOSAMAs colocó a nuestra entidad entre las de mayor cumplimiento del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, reflejando su compromiso con una política pública que busca dignidad, acceso y acompañamiento real para quienes más lo necesitan.

Desde 2022, en Colima se puso en marcha el Programa Estatal de Prevención del Suicidio, se activaron protocolos de urgencia como el Código 100 y se formaron brigadas de acompañamiento desde la CESMA. La capacitación a personal de salud y educación permitió detectar riesgos a tiempo, y los primeros resultados muestran algo fundamental: cuando el Estado acompaña, se salvan vidas.

La política de adicciones se integró plenamente a la salud mental. Las antiguas UNEME-CAPA se transformaron en CECOSAMAs en Colima, Tecomán y Manzanillo, ofreciendo servicios gratuitos, tamizajes en todas las escuelas públicas, y atención psicológica preventiva. Este trabajo se complementó con módulos comunitarios en los diez municipios, brigadas locales, programas de bienestar escolar y campañas de paz que buscan cuidar la salud emocional de jóvenes y familias, especialmente en contextos de desigualdad y violencia.

Un eje clave ha sido la formación del personal. Colima adoptó mhGAP para que médicos generales puedan detectar y atender trastornos comunes, y desarrolló telementoría y cursos para fortalecer la salud mental de quienes cuidan a la población. Esto responde a una realidad estructural: la mayoría de las personas con algún trastorno mental nunca recibe atención por estigma o falta de acceso.

Toda esta política está coordinada por la CESMA, que articula a salud, educación, seguridad y desarrollo social bajo una visión integral. La premisa es simple pero transformadora: la salud mental no es un privilegio, es un derecho, y sólo un Estado presente —en escuelas, comunidades y servicios públicos— puede garantizarlo.

Además, se creó el Consejo Estatal de Salud Mental y Adicciones y se impulsaron Comités Municipales en prácticamente todo el territorio, incorporando a autoridades, escuelas, personal de salud y liderazgos comunitarios. Estos espacios tienen como propósito democratizar la toma de decisiones y permitir adaptar las estrategias a la realidad de cada municipio, fortaleciendo la participación social y la corresponsabilidad institucional.

Dentro de la estrategia “Operación Salud Colima”, el gobierno estatal reactivó servicios de psiquiatría en hospitales generales y avanzó en la transición desde un modelo centrado en un único hospital psiquiátrico hacia una red más amplia. La combinación de Cecosamas comunitarios y servicios especializados en hospitales generales refleja una apuesta humanista: que la salud mental deje de ser marginal y se convierta en un componente esencial del sistema público, cercano a la gente y basado en el principio de igualdad.

Podemos decir que Colima hoy está construyendo una red de salud mental verdaderamente comunitaria. Los Cecosama —en los municipios de Colima, Tecomán y Manzanillo— se han convertido en el corazón de esta

política: espacios cercanos, gratuitos y multidisciplinarios donde cualquier persona puede recibir atención digna, sin estigmas y sin barreras económicas.

A esta base se suma un esfuerzo decidido por llevar psicólogos a los centros de salud de barrios y comunidades, garantizando que el derecho a la salud mental no dependa del código postal. La Brigada Móvil refuerza este enfoque: un equipo que llega hasta donde está la gente, que da seguimiento a quienes más lo necesitan y que trabaja para salvar vidas con presencia, cercanía y acompañamiento.

Incluso la infraestructura hospitalaria se integra a esta lógica: internamientos breves, enfoque en la reinserción y psiquiatras presentes en hospitales generales para que nadie enfrente una crisis sin apoyo. Todo esto responde a una apuesta profundamente humanista: poner a las personas en el centro, priorizar el bienestar colectivo y construir un sistema de salud mental que cuide, escuche y sostenga.

También se ha dado un paso clave al crear el Observatorio Estatal de Salud Mental y Adicciones, una herramienta que pone la evidencia al servicio de la gente. Con datos claros sobre consumo de sustancias, este observatorio señala la demanda de atención y necesidades reales de las comunidades, y el estado puede diseñar políticas más justas, más precisas y verdaderamente orientadas al bienestar colectivo. Esta plataforma reafirma una convicción básica: las decisiones públicas deben responder a la realidad social, no a la improvisación.

Pero lo más transformador ha sido la participación de la propia comunidad. Los comités municipales, las organizaciones civiles, los colegios profesionales y las familias han asumido un papel activo en la prevención y el acompañamiento. Desde conferencias y foros hasta ferias comunitarias y la galerías urbanas, Colima ha construido un movimiento que entiende la salud mental como un derecho humano y una responsabilidad compartida. Esta estrategia de raíz refleja un enfoque profundamente humanista: cuidar la vida, escuchar a quienes han sufrido y trabajar juntos para que nadie enfrente su dolor en soledad.

En resumen, entendemos que la organización comunitaria ha sido clave para ir transformando poco a poco la salud mental en una causa pública. A través de Municipios por la Salud, comités vecinales y voluntarios se han sumado a la difusión de mensajes de autocuidado y al acompañamiento de personas en crisis. Esta participación ha sido esencial para romper estigmas y para promover la idea de que padecimientos como la depresión o las adicciones son enfermedades que deben atenderse con empatía y servicios públicos sólidos, no con prejuicios.

La colaboración con el DIF estatal y municipal ha permitido llegar a las personas que más lo necesitan: niñas, niños, mujeres, adultos mayores y familias que viven en condiciones de vulnerabilidad. Desde la canalización de menores a los Cecosama hasta la instalación de módulos de contención emocional en los Centros de Desarrollo Comunitario, estas acciones reflejan un enfoque social que prioriza la dignidad humana. Incluso algunas empresas se han sumado ofreciendo espacios para talleres y actividades, reconociendo que el bienestar mental también es un asunto de responsabilidad colectiva.

Todo este esfuerzo comunitario ha generado una estructura participativa donde las personas no solo reciben apoyo, sino que también forman parte de la planeación, ejecución y vigilancia de las políticas públicas. Universidades, organizaciones civiles y ciudadanía activa construyen actividades en conjunto, acompañan procesos y dan seguimiento a las decisiones del Estado, fortaleciendo una red social que sostiene a quienes más necesitan atención.

La iniciativa de ley que hoy presentamos nace justamente de ese trabajo compartido. Es producto del diálogo comunitario y del compromiso técnico de especialistas como el Dr. Guillermo Zavala Ramírez y el Dr. Guillermo Blanco Govea, Titular de la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones, quienes han acompañado el proceso con visión humanista y sentido de responsabilidad pública.

Así mismo, se contó con la participación del sector profesional, educativo y estudiantil, de la mano de la Federación de Egresados de la Facultad de Psicología (FEUC), el Colegio de Psicólogos de Colima, la Facultad de Psicología y la Asociación de Egresados de Psicología de la Universidad de Colima, con quienes se realizó el pasado 28 de octubre el foro "De Frente con la Salud Pública y las Adicciones: análisis de la iniciativa de la Ley Estatal", en el que participaron académicas y académicos expertos en la materia, funcionarios de los tres niveles de gobierno, usuarios, estudiantes universitarios, asociaciones civiles y público en general, para realizar una revisión exhaustiva de nuestro documento de iniciativa de ley y hacer las debidas aportaciones desde tres mesas de trabajo enfocadas en: niñez, juventudes y personas adultas y adultas mayores.

Con este ejercicio de participación ciudadana, se tuvo un análisis amplio y especializado, del que anexamos evidencia. Se abordaron las distintas aristas de la salud mental y las adicciones a partir de realidades diversas para dotar nuestro marco normativo de herramientas y recursos para que sirva verdaderamente a las personas, conscientes de que atender la salud mental y las adicciones no es solo un trabajo del sistema de salud, sino también un compromiso colectivo que se asume con dignidad, y cuya construcción de soluciones correspondan a los contextos sociales de nuestro estado.

El proyecto constituye una propuesta normativa integral, estructurada desde la técnica legislativa y jurídica, con una visión médica, psicológica y comunitaria que reconoce la salud mental como un derecho humano y no únicamente como un asunto clínico o biomédico. La iniciativa se sustenta en un enfoque comunitario, psicosocial y de derechos humanos, orientado a garantizar el acceso universal, equitativo y no discriminatorio a servicios de salud mental, incluyendo la prevención, tratamiento y control de las adicciones, respetando la dignidad, la autonomía y la capacidad jurídica de todas las personas.

Este marco normativo prioriza la inclusión social, la no estigmatización y la protección reforzada de las personas con discapacidad psicosocial, particularmente en contextos de violencia, abandono, encierro, institucionalización prolongada o uso excesivo de la fuerza, estableciendo salvaguardas frente a prácticas coercitivas y promoviendo modelos de atención centrados en la persona y su comunidad.

Asimismo, la iniciativa impulsa la creación y fortalecimiento de mecanismos comunitarios de prevención, acompañamiento y cuidado, con énfasis en entornos escolares, penitenciarios y sociales, reconociendo el papel de las familias, las redes comunitarias y los propios usuarios en la construcción del bienestar psicosocial. De manera transversal, se incorpora un enfoque integral para la detección temprana, prevención, atención y posvención del suicidio, desde una perspectiva de salud pública, derechos humanos y corresponsabilidad social, orientada a reducir riesgos, fortalecer factores protectores y garantizar respuestas institucionales oportunas, éticas y respetuosas de la dignidad humana.

Para el sustento operativo y jurídico de la Ley, acompañamos a la propuesta los criterios técnicos que tuvieron a bien emitir algunas Instituciones del Gobierno del Estado, sin perjuicio de que, durante el proceso legislativo, las Comisiones Dictaminadoras requieran y soliciten aquellos elementos adicionales que consideren necesarios para el análisis integral de la iniciativa.”

Leídas y analizadas las Iniciativas de Ley con Proyecto de Decreto en comento, las Diputadas y Diputados que integramos las Comisiones Legislativas de Estudios Legislativos y Puntos Constitucionales; y de Salud y Deporte, sesionamos a efecto de realizar el Dictamen correspondiente, con fundamento en los artículos 74 y 75 de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Colima, con base en los siguientes:

CONSIDERANDOS

PRIMERO. DE LA COMPETENCIA DE LAS COMISIONES DE ESTUDIOS LEGISLATIVOS Y PUNTOS CONSTITUCIONALES; Y DE SALUD Y DEPORTE.

Con fundamento en los artículos 70 y 71 fracciones II y VII de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Colima, así como en los artículos 65 fracciones II y VII, 67 fracción III, y 72 fracción I del Reglamento de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Colima, estas Comisiones Legislativas son competentes para conocer y dictaminar respecto de las iniciativas que se refieran a expedición o reformas de leyes estatales sobre salud en términos de las competencias previstas por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud.

SEGUNDO. DEL OBJETO DE LA INICIATIVA.

Establecida la competencia de estas Comisiones Dictaminadoras, procedemos a realizar el estudio exhaustivo de las iniciativas, para lo cual se expone en el siguiente cuadro, los puntos relevantes, en primer término, de la iniciativa relativa a reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley de Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones del Estado de Colima:

Cambio de nombre de la ley:	Se propone reformar el nombre de “Ley de Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones del Estado de Colima” para llamarse: “Ley de Salud Mental y Adicciones del Estado de Colima”.
Ampliación del objeto de la ley:	• Reconoce la salud mental como derecho humano fundamental. • Integra salud mental y adicciones como temas inseparables. • Adopta un enfoque preventivo, integral y con perspectiva de derechos humanos. • Incorpora lenguaje inclusivo y elimina términos estigmatizantes como “adictos”, sustituyéndolos por: “Personas con uso problemático de sustancias psicoactivas”.

Creación y regulación formal de la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones (CESMAC).	Se adiciona un nuevo capítulo completo donde: • Se establecen sus atribuciones y responsabilidades. • Se define su estructura orgánica. • Se regula su funcionamiento. • Se le reconoce autonomía técnica. • Se formaliza su papel como órgano rector estatal en la materia.
Cambio en la denominación de los centros.	Los “Centros de Tratamiento y Rehabilitación” pasan a llamarse: Establecimientos Residenciales de Tratamiento de las Adicciones Además: • Se establece obligación de registro ante Secretaría de Salud. • Se fijan plazos para regularización (30 y 120 días según el caso). • Se fortalecen mecanismos de supervisión.
Inclusión del fenómeno suicida en la Ley.	Se agrega un nuevo Título completo en materia de: Prevención y atención del fenómeno suicida que incluye: • Definición de suicidio e ideas suicidas. • Estrategias de prevención. • Atención integral. • Posvención (atención a familiares y sobrevivientes). Se reconoce el suicidio como problema de salud pública.
Implementación del cuestionario POSIT en escuelas.	Se regula: • Aplicación del cuestionario de tamizaje POSIT a adolescentes (12–18 años). • Necesidad de consentimiento de padres o tutores. • Coordinación entre Secretaría de Salud y escuelas. • Protección de derechos de niñas, niños y adolescentes.
Enfoque comunitario y preventivo.	Se fortalecen: • Comités municipales de salud mental. • Brigadas de salud mental. • Coaliciones comunitarias. • Participación social. • Reinserción social de personas en recuperación.
Actualización integral del texto legal.	Se reforman múltiples artículos para: • Modernizar el lenguaje. • Armonizar con la reforma federal a la Ley General de Salud (2022). • Alinear con estándares internacionales de derechos humanos. • Incorporar perspectiva de género e inclusión.

En esencia, la propuesta plantea ampliar el enfoque del marco jurídico vigente para incorporar de manera expresa la salud mental desde una perspectiva integral; formaliza institucionalmente a la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones de Colima; incorpora un apartado específico en materia de prevención y atención del fenómeno suicida; actualiza el lenguaje conforme a los estándares de derechos humanos; fortalece las acciones de prevención temprana y atención comunitaria; y establece una regulación más clara y sistemática de los establecimientos residenciales, en armonía con la legislación federal aplicable.

Por su parte, la iniciativa que propone abrogar la Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones en el Estado de Colima y expedir la Ley de Salud Mental y Adicciones para el Estado de Colima, adopta igualmente una visión integral en materia de salud mental y adicciones, al plantear la emisión de un ordenamiento jurídico de nueva creación que retoma y amplía diversos elementos sustantivos previamente señalados, bajo una estructura normativa completamente renovada, de la cual, el contenido, estructura y puntos medulares se exponen a continuación:

TÍTULO PRIMERO. DISPOSICIONES GENERALES

• Capítulo Único

- Artículo 1. Objeto y Naturaleza de la Ley
- Artículo 2. Definiciones
- Artículo 3. Sujetos de la Ley
- Artículo 4. Titulares de los Derechos

TÍTULO SEGUNDO. DE LOS PRINCIPIOS, DERECHOS Y OBLIGACIONES

- Capítulo I. De los Principios Rectores
 - Artículo 5. Principios Fundamentales
- Capítulo II. De los Derechos de las Personas Usuarias
 - Artículo 6. Derechos de las Personas Usuarias
- Capítulo III. De los Derechos y Obligaciones de las Familias y Personas a Cargo
 - Artículo 7. Derechos
 - Artículo 8. Obligaciones
- Capítulo IV. De las Atribuciones y Obligaciones de la Secretaría de Salud del Estado de Colima
 - Artículo 9. Atribuciones
- Capítulo V. Del Consejo Estatal de Salud Mental y Adicciones
 - Artículo 10. Creación y Naturaleza
 - Artículo 11. Objetivos
 - Artículo 12. Integración
 - Artículo 13. Funcionamiento
 - Artículo 14. Atribuciones
- Capítulo VI. Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones
 - Artículo 15. Creación y naturaleza de la Comisión
 - Artículo 16. Estructura Orgánica de la Comisión
 - Artículo 17. Atribuciones y Responsabilidades de la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones (CESMAC)
- Capítulo VII. Del observatorio de Salud Mental y Adicciones y del Sistema de Alerta Temprana del Estado de Colima
 - Artículo 18. Creación y objetivos del Observatorio
 - Artículo 19. Coordinación y principios del Observatorio
 - Artículo 20. Funciones del Observatorio
 - Artículo 21. Características de la información
 - Artículo 22. Sujetos Obligados
 - Artículo 23. Plataforma Estatal de Información en Salud Mental
 - Artículo 24. Comité Técnico Asesor del Sistema

TÍTULO TERCERO. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

- Capítulo I. Modelo Comunitario de Atención
 - Artículo 25. Reconocimiento del Modelo
 - Artículo 26. Principios Operativos
 - Artículo 27. Servicios y Equipos Comunitarios
 - Artículo 28. Enfoque de Recuperación e Inclusión
 - Artículo 29. Prohibición de Prácticas Institucionalizantes
- Capítulo II. Servicios de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención
 - Artículo 30. Enfoque de Atención
 - Artículo 31. Acciones Mínimas Obligatorias
 - Artículo 32. Capacitación y Formación
 - Artículo 33. Articulación con Redes
 - Artículo 34. Evaluación Participativa
- Capítulo III. Equipos Comunitarios y Móviles de Atención en Salud Mental
 - Artículo 35. Naturaleza y Principios
 - Artículo 36. Tipología
 - Artículo 37. Funciones
 - Artículo 38. Criterios Operativos
- Capítulo IV. Atención Integral en Hospitales Generales

- Artículo 39. Principios Rectores
- Artículo 40. Obligaciones
- Artículo 41. Hospitalización Breve
- Artículo 42. Coordinación Interinstitucional
- Artículo 43. Formación del Personal
- Artículo 44. Supervisión y Evaluación
- Capítulo V. Protocolo para Situaciones de Crisis sin Institucionalización
 - Artículo 45. Enfoque de Atención
 - Artículo 46. Activación del Protocolo
 - Artículo 47. Acciones Prioritarias
 - Artículo 48. Plan Individual de Crisis
 - Artículo 49. Seguimiento Comunitario
 - Artículo 50. Garantías de No Coerción
 - Artículo 51. Coordinación Interinstitucional

TÍTULO CUARTO. POBLACIONES ESPECÍFICAS

- Capítulo I. Atención por Grupo de Edad y Vulnerabilidad
 - Artículo 52. Objeto del Capítulo
 - Artículo 53. Principios Rectores
 - Artículo 54. Niñez y Adolescencia
 - Artículo 55. Mujeres (Embarazo, Puerperio, Menopausia)
 - Artículo 56. Personas Adultas Mayores
 - Artículo 57. Personas con Discapacidad Psicosocial o Intelectual
 - Artículo 58. Personas en Situación de Calle
 - Artículo 59. Atención en Desastres y Violencia
 - Artículo 60. Personas Privadas de Libertad
 - Artículo 61. Pueblos Indígenas y Afrodescendientes
 - Artículo 62. Personas LGBTIQ+
- Capítulo II. Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Institucionalización
 - Artículo 63. Objeto
 - Artículo 64. Principios
 - Artículo 65. Evaluación Integral
 - Artículo 66. Intervención Terapéutica
 - Artículo 67. Garantías y Condiciones
 - Artículo 68. Evaluación Institucional
 - Artículo 69. Articulación Interinstitucional
 - Artículo 70. Derechos Específicos

TÍTULO QUINTO. ÁMBITOS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN

- Capítulo I. Prevención del Suicidio
 - Artículo 71. Objeto
 - Artículo 72. Definiciones
 - Artículo 73. Responsabilidades
 - Artículo 74. Detección y Prevención
 - Artículo 75. Atención Integral
 - Artículo 76. Posvención
 - Artículo 77. Información y Evaluación.
- Capítulo II. Promoción de la Salud Mental en el Ámbito Educativo y Atención a Personas con Discapacidad
 - Artículo 78 al 87
- Capítulo III. Intervención de Instituciones de Seguridad Pública
 - Artículo 88 a 94
- Capítulo IV. Atención a Personas Privadas de la Libertad

○ Artículo 95 al 109 • Capítulo V. Medidas Alternativas al Internamiento y Atención Comunitaria Intensiva ○ Artículo 110 al 119 • Capítulo VI. De la Prevención y Tratamiento de las Adicciones. ○ Artículo 120 al 167
TÍTULO SEXTO. FINANCIAMIENTO Y COOPERACIÓN • Capítulo I. Financiamiento en Salud Mental ○ Artículo 168 al 168 (sic) • Capítulo II. Del Fomento a la Inversión Social y Cooperación Intersectorial ○ Artículo 169 al 173 (sic)
TÍTULO SÉPTIMO. SANCIONES Y MEDIOS DE IMPUGNACIÓN • Capítulo I. Sanciones y Recurso de Inconformidad ○ Artículo 174 al 179 • Capítulo II. Clasificación de Infracciones ○ Artículo 190 • Capítulo III. Procedimiento de Denuncia Ciudadana ○ Artículo 190 al 196.

Del contenido señalado se observa que, la iniciativa propone expedir la Ley de Salud Mental y Adicciones para el Estado de Colima, abrogando la legislación vigente en materia de adicciones, con el propósito de armonizar el marco estatal con la reforma federal de 2022 y los estándares internacionales de derechos humanos.

Reconoce la salud mental como un derecho humano y establece un modelo comunitario de atención, priorizando servicios ambulatorios e integración en hospitales generales, dejando el internamiento como medida excepcional.

La propuesta incorpora un enfoque transversal de derechos humanos, perspectiva de género e interseccionalidad; fortalece la prevención del suicidio y la atención a las adicciones desde un enfoque de salud pública; y crea el Sistema Estatal de Salud Mental y Adicciones, el Consejo Estatal de Salud Mental y Adicciones, así como el Observatorio en la materia, para garantizar coordinación institucional, participación social y políticas basadas en evidencia.

En síntesis, la iniciativa consolida un modelo integral, comunitario y garantista para la atención de la salud mental y las adicciones en el Estado de Colima.

Como se señala en los antecedentes, esta segunda propuesta es suscrita por las Diputadas Andrea Carolina Heredia Torres, Evangelina Bustamante Morales y Karen Judith Jurado Escamilla, así como por las y los Diputados integrantes del Grupo Parlamentario de Morena. Dicha iniciativa dejaría sin efectos la primera propuesta, consistente en reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley de Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones del Estado de Colima, en virtud de que la segunda plantea la abrogación de dicho ordenamiento.

En ese sentido, estas Comisiones advierten que el objeto de ambas iniciativas es fortalecer el marco jurídico en materia de prevención, atención, seguimiento y prestación de servicios de salud mental en el estado. No obstante, la segunda propuesta adopta una visión más amplia e integral, al establecer un enfoque intersecretarial en el que las autoridades, desde sus respectivos ámbitos de competencia, así como instituciones públicas y privadas, promueven el cuidado de la salud mental y la prevención de las adicciones desde una perspectiva comunitaria y de derechos humanos.

Por lo anterior, estas Comisiones Legislativas estiman viable la propuesta de abrogar la Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones en el Estado de Colima y expedir la Ley de Salud Mental y Adicciones para el Estado de Colima.

TERCERO. DEL ANÁLISIS CONSTITUCIONAL, CONVENCIONAL Y LEGAL DE LA INICIATIVA.

Dentro del estudio constitucional de la iniciativa, se cita el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual establece que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la misma

constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse.

En cuanto a la interpretación de normas relativas a los derechos humanos, se establece que debe hacerse conforme a la Constitución y los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Así mismo señala que:

“Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

...

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

Ahora bien, el proyecto en análisis tutela principalmente el derecho a la salud mental; al respecto, la Constitución Federal en su artículo 4º protege y reconoce el derecho a la salud conforme a lo siguiente:

“...La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. ... La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

Para garantizar el derecho de protección a la salud de las personas, la ley sancionará toda actividad relacionada con cigarrillos electrónicos, vapeadores y demás sistemas o dispositivos análogos que señale la ley; así como la producción, distribución y enajenación de sustancias tóxicas, precursores químicos, el uso ilícito del fentanilo y demás drogas sintéticas no autorizadas”.

Al respecto, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Colima, en la fracción V de su artículo 2º reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

Luego entonces, se observa que la iniciativa cuenta con sustento constitucional de manera general, pues su objeto radica en la protección integral de la salud mental, la cual incluye el bienestar emocional, psicológico y social de las personas.

Ahora bien, en cuanto al análisis convencional, la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece en el artículo 25, punto 1. que:

“1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Bajo esta perspectiva, el derecho a un nivel de vida adecuado debe analizarse a partir de los principios de interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, en el entendido de que su efectividad no puede garantizarse de manera aislada, sino como parte de un sistema integral de protección. En este contexto, la salud mental constituye un elemento esencial para el bienestar integral de las personas, pues su afectación incide directamente en el ejercicio de otros derechos fundamentales, como el derecho a la salud, al trabajo, a la educación, a la seguridad social y a la vida digna.

Por ello, la adopción de un modelo comunitario de atención en salud mental y adicciones, con enfoque de derechos humanos, no solo resulta compatible con el contenido del artículo 25 de la Declaración Universal, sino que representa una medida necesaria para garantizar condiciones reales que permitan a las personas y a sus familias alcanzar un nivel de vida adecuado, conforme a los estándares internacionales de protección.

Del mismo modo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, desde el reconocimiento de que, *“con arreglo a la Declaración Universal de Derechos Humanos, no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos,*

sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos”, acuerda en el artículo 12 que los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

En cuanto al modelo comunitario de atención, la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su artículo 19 establece el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, el contenido de este derecho se conforma precisamente a partir del derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás; señalando como deber de los Estados parte de la Convención, la adopción de medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico; el tener acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia, su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta; y que instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

El contenido de dicho derecho nos da un panorama amplio de lo que significa un sistema de salud con enfoque comunitario, que garantiza la inclusión, la accesibilidad, la igualdad en trato y atención, mediante la adaptación de las necesidades particulares de cada persona, en este caso hablamos de la prevención, tratamiento y atención de las adicciones así como del cuidado, atención y seguimiento de la salud mental, de ahí que se observa que la iniciativa atiende de forma integral el modelo mediante la regulación de los servicios y acciones específicas a cargo del Estado de Colima.

En el estudio de la legalidad del proyecto, en primer término, nos referiremos al Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de mayo de 2022 por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones.

Como se señala en la exposición de motivos, se trató de una reforma estructural a la Ley General de Salud en materia de salud mental y adicciones. Esta modificación regula el tránsito del modelo psiquiátrico-asilar (internamiento prolongado) a un modelo comunitario con enfoque a derechos humanos en armonía, como se refirió, con la Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad. Se prohibió la Construcción de hospitales psiquiátricos monoespecializados y se mandató su progresiva reconversión hacia unidades ambulatorias integradas en hospitales generales, dejando la hospitalización psiquiátrica como una medida extraordinaria.

La Ley General de Salud señala en su artículo 72, la garantía a cargo del Estado, del acceso universal, igualitario y equitativo a la atención de la salud mental y las adicciones sin que exista ningún tipo de discriminación; entendiendo la salud mental como un estado de bienestar físico, mental, emocional y social determinado por la interacción del individuo con la sociedad y vinculado al ejercicio pleno de los derechos humanos; la adicción es comprendida como una enfermedad física y psico-emocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación.

En cuanto a los servicios de salud mental, el artículo 72 bis establece como propósito último, la recuperación y el bienestar, así como el despliegue óptimo de las potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, apuntado que la recuperación varía de persona a persona, de acuerdo con las preferencias individuales, y significa el empoderamiento de la persona para poder tener una vida autónoma, superando o manejando el trauma.

Asimismo, tanto el artículo 72 bis como el 73, establecen que la atención a la salud mental deberá brindarse con el multicitado enfoque comunitario, de recuperación y con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios, en apego a los principios de interculturalidad, interdisciplinariedad, integralidad, intersectorialidad, perspectiva de género y participación social.

Precisamente el artículo 73, ordena que la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

- I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas con carácter permanente que contribuyan a la salud mental y a la prevención de adicciones, preferentemente a grupos en situación de vulnerabilidad;*
- II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental, así como el conocimiento y prevención de los trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas, y de adicciones;*
- III. La realización de programas para la prevención y control del uso de sustancias psicoactivas y de adicciones;*

IV. Las acciones y campañas de promoción de los derechos de la población, sobre salud mental y adicciones, así como de sensibilización para reducir el estigma y la discriminación, a fin de favorecer el acceso oportuno de la atención;

V. La implementación estratégica de servicios de atención de salud mental y adicciones en establecimientos de la red integral de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, que permita abatir la brecha de atención;

...

VI. La investigación multidisciplinaria en materia de salud mental;

VII. La participación de observadores externos en derechos humanos y la implementación de un mecanismo de supervisión y el desarrollo de programas que promuevan, protejan y garanticen los derechos humanos en cualquier establecimiento de salud;

VIII. La detección de los grupos poblacionales en riesgo de presentar trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas, y de adicciones, preferentemente niñas, niños y adolescentes y miembros de grupos vulnerables;

IX. El desarrollo de equipos de respuesta inmediata para situaciones de crisis, capacitados en técnicas para atenuar el escalamiento de crisis;

X. La capacitación y educación en salud mental al personal de salud en el Sistema Nacional de Salud;

XI. El desarrollo de acciones y programas para detectar, atender y prevenir el suicidio, y

XII. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan a la prevención, atención, recuperación y fomento de la salud mental de la población”.

De igual manera, tanto el artículo 73 bis como el 73 ter de la misma Ley General de Salud establecen principios y acciones específicas para brindar acceso a los servicios de atención de salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas, y de adicciones; así como del combate a los estereotipos u otras ideas o imágenes ampliamente difundidas, sobresimplificadas y con frecuencia equivocadas sobre la población que requiere de los servicios de salud mental y adicciones.

Además, de manera particular se enlistan los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental:

“Artículo 74 Ter.- La población usuaria de los servicios de salud mental tendrán los derechos siguientes:

I. Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental con perspectiva intercultural, pertinencia lingüística y perspectiva de género, lo que incluye el trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona, en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud;

II. Derecho a contar con mecanismos de apoyo en la toma de decisiones y a directrices de voluntad anticipada sobre el consentimiento informado;

III. Derecho al consentimiento informado de la persona con relación al tratamiento a recibir;

IV. Derecho a no ser sometido a medidas de aislamiento, contención coercitiva o cualquier práctica que constituya tratos crueles, inhumanos o degradantes y, en su caso, ser sujeto a medios para atenuar el escalamiento de crisis;

V. Derecho a un diagnóstico integral e interdisciplinario y a un tratamiento basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado de acuerdo con la evolución del paciente, que garantice el respeto a su dignidad de persona humana y sus derechos humanos;

VI. Derecho a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona;

VII. Derecho a ser tratado y atendido en su comunidad o lo más cerca posible al lugar en donde habitan sus familiares o amigos;

VIII. Derecho a la confidencialidad de la información sobre su salud;

XI. Derecho a tener acceso y disponibilidad a servicios de salud mental y adicciones, y

X. Los derechos establecidos en la legislación nacional y los tratados y convenciones internacionales, vinculantes, de los que México forma parte.”

En cuanto al tratamiento e internamiento de la población usuaria de los servicios de salud mental y las personas con consumo de sustancias psicoactivas, y de adicciones, se establece en los artículos 75 y 75 bis, que se utilizarán como último recurso terapéutico, ajustándose a principios éticos, sociales, de respeto a los derechos humanos, la dignidad de la persona, así como los requisitos que determine la Secretaría de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables.

De acuerdo a estas disposiciones, el internamiento sólo podrá llevarse a cabo de manera voluntaria y cuando aporte mayores beneficios terapéuticos para la persona que el resto de las intervenciones posibles; se realizará por el tiempo estrictamente necesario y en el Hospital General o de pediatría más cercano al domicilio del usuario y deberá prescribirse previo consentimiento informado. Por ningún motivo el internamiento puede ser indicado o prolongado, si tiene el fin de resolver problemas familiares, sociales, laborales o de vivienda y de cuidado del paciente. En el caso de niñas, niños o adolescentes se privilegiarán alternativas comunitarias.

Se establece puntualmente que la persona con trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas, y de adicciones, es quien ostenta el derecho a consentir o denegar el permiso para cualquier tratamiento o internamiento, por lo que deberá presumirse que todos los pacientes tienen capacidad de discernir y deberán agotarse los esfuerzos para permitir que una persona acepte voluntariamente el tratamiento o el internamiento.

En ese sentido, observamos que el proyecto regula de manera amplia cada una de estas disposiciones observando en todo momento la protección más amplia a los derechos humanos y la equidad en la prestación de los servicios para grupos vulnerables.

En relación con la legislación local, la Ley de Salud del Estado de Colima, contiene un capítulo dedicado a la regulación de la salud mental, en el cual se define la salud mental como *“el bienestar biopsicosocial que experimenta de manera consciente una persona, como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad”*; dicha definición aborda la salud mental desde un enfoque más individual y funcional en comparación con la definición planteada en la Ley General de Salud.

El artículo 54 de la Ley de Salud local reconoce la importancia del núcleo familiar y el desempeño de su función esencial en el desarrollo de las potencialidades de las personas con trastornos mentales señalando sus deberes específicos de apoyo y cuidado.

También establece de manera puntual los derechos de las personas usuarias, así como la observancia del principio de interés superior de la niñez en todo momento; la protección de grupos vulnerables y las acciones que deben llevar a cabo la Secretaría de Salud para garantizar el acceso a los servicios de Salud mental.

Si bien la regulación local abarca algunas directrices establecidas en la Ley General de Salud, estas comisiones legislativas, compartimos con las iniciadoras la visión de generar un cuerpo normativo específico y actualizado que desglose los deberes y derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y adicciones, sus familiares, la sociedad, así como las obligaciones de las instituciones públicas y privadas, con el objeto de que exista mayor certeza jurídica y la inclusión de esta nueva visión de enfoque comunitario en los servicios de salud mental y adicciones; así como el entendimiento de la salud mental como un estado de bienestar físico, mental, emocional y social determinado por la interacción del individuo con la sociedad y vinculado al ejercicio pleno de los derechos humanos; y la adicción comprendida como una enfermedad física y psico-emocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación.

Conforme a lo anterior, se determina que la iniciativa cuenta con sustento **constitucional, convencional y legal**.

En cuanto a su contenido, se observa una ley integral y novedosa que incluye los principios de la atención a la salud que trae beneficios para la población colimense, tales como acceso universal y equitativo a los servicios de salud mental, la atención desde un enfoque de inclusión y no discriminación, la protección de las personas con discapacidad psicosocial en contextos de violencia, abandono, encierro, o uso excesivo de la fuerza, creación de mecanismos comunitarios y preventivos en contextos escolares, penitenciarios y sociales; y se incluye el tema de detección, prevención, atención y posvención del suicidio como fenómeno jurídico y social que hasta hoy no había sido abordado de manera integral por la legislación.

CUARTO. CRITERIOS TÉCNICOS.

Mediante oficio NO. CESMAC/0382/2025 de fecha 14 de julio de 2025, el Dr. Guillermo Blanco Govea, Comisionado Estatal de Salud Mental y Adicciones Colima, remitió dictamen técnico, observaciones y adecuaciones respecto a la iniciativa de Ley con Proyecto de Decreto relativa a reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley de Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones del Estado de Colima, señalando a la letra lo siguiente:

- *Excluye en la mayoría de su contenido la prevención, promoción, atención y tratamiento de la Salud Mental ya que lo aborda de forma general en la prevención de adicciones.*
- *Se aborda de forma general también la Regulación de los Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones que se norman por la Ley que se propone derogar y que en el caso de que se derogue también la Norma Oficial Mexicana Nom-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, no existiría marco legal de referencia para la Supervisión y regulación de estos establecimientos.*
- *Falta mencionar como se realizará el seguimiento de la incidencia de las adicciones y del suicidio mediante un Observatorio Estatal de Salud Mental y Adicciones que tiene los fines de generar, sistematizar, analizar y difundir datos confiables, oportunos y desagregados sobre la situación de la salud mental y el uso problemático de sustancias en la población del Estado.*
- *Con respecto al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y adicciones no se hace mención, siendo que ya son procesos que se encuentran actualmente operando y que forman parte del Modelo Nacional de Atención a la Salud Mental y Adicciones, denominándose en lugar de dispositivos como Brigadas de Salud Mental, Brigadas móviles de Salud Mental, Grupos de Apoyo Psicoemocional, Agentes comunitarios, Módulos de Salud Mental.*
- *Se menciona de forma somera las acciones de prevención y atención del comportamiento suicida y no se hace referencia a la importancia de contar con equipos de respuesta inmediata como las Brigadas de Salud Mental o los primeros respondientes ante una Crisis en Salud Mental o ante una emergencia en Salud Mental.*
- *Se omitió especificar los procesos dirigidos a las poblaciones específicas de atención a la salud mental y los Ámbitos Específicos de Intervención en Salud Mental.*
- *En lo referente a como se brindará Financiamiento o Presupuesto para la ejecución de las acciones y alcanzar los objetivos de la Ley en análisis, no se menciona en la Iniciativa.*
- *Finalmente mencionar que sugiero reformular la iniciativa para complementar con los apartados que se recomiendan para que sea una Ley homogénea, integrativa y con atención de los grupos y en los ámbitos específicos de mayor necesidad e impacto.*

Mediante oficio No. CESMAC/0381/2025 el Comisionado Estatal de Salud Mental y Adicciones Colima, Dr. Guillermo Blanco Govea, remitió dictamen técnico, observaciones y adecuaciones respecto a la iniciativa que propone abrogar la Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones en el Estado de Colima y expedir la Ley de Salud Mental y Adicciones para el Estado de Colima, señalando a la letra lo siguiente:

- *Excluye en la mayoría de su contenido la prevención, promoción, atención y tratamiento de las adicciones, si el Decreto deroga la Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones en el Estado de Colima para la publicación del Proyecto de Ley de Salud Mental del Estado de Colima, se estaría dejando sin marco de referencia legal para la ejecución de los programas de prevención y atención de las adicciones que se llevan actualmente de forma interinstitucional por los integrantes del Consejo Estatal de Salud Mental y Adicciones, además de poner en una situación vulnerable la Regulación de los Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones que se norman por la Ley que se propone derogar y que en el caso de que se derogue también la Norma Oficial Mexicana Nom-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, no existiría marco legal de referencia para la Supervisión y regulación de estos establecimientos.*
- *Con respecto a las instancias de Rectoría, se enlistan únicamente a la Secretaría de Salud y al Consejo Estatal de Salud Mental y Adicciones, de este último recomiendo que se amplíe la lista de integrantes o miembros, también se identifica que falta la inclusión de la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones como instancia Rectora, la cual es la OPD de la Secretaría de Salud que se encarga de coordinar, ejecutar y supervisar los programas y acciones que se promuevan por el Consejo, por lo que recomiendo que se incluya su naturaleza y estructura en un capítulo y evitar formar un Comité de Salud Mental como propone el documento en revisión.*
- *Considero que la creación del Sistema Estatal de Información, Vigilancia y Evaluación en Salud Mental y Adicciones del Estado de Colima es redundante porque ya existe un proceso estructurado desde la CONASAMA denominado Observatorio Estatal de Salud Mental y Adicciones que tiene los mismos fines de Generar, sistematizar, analizar y difundir datos confiables, oportunos y desagregados sobre la situación de la salud mental y el uso problemático de sustancias en la población del estado, por lo que se redacta ese*

apartado refiriéndose al Observatorio, lo que garantizaría que se tenga presupuesto y personal para operarlo de forma exclusiva.

- Con respecto al Modelo Comunitario de Atención, recomiendo agregar la atención de las adicciones, se recomienda adaptar algunos de los procesos propuestos en la iniciativa por los procesos que se encuentran actualmente operando y que forman parte del Modelo Nacional de Atención a la Salud Mental y Adicciones, denominándose en lugar de dispositivos como Brigadas de Salud Mental, Brigadas móviles de Salud Mental, Grupos de Apoyo Psicoemocional, Agentes comunitarios, Módulos de Salud Mental.*
- Considerar que la estructuración de estos procesos requiere de contemplar y analizar la inversión presupuestal para alcanzarlo, ya que son procesos que seguirán operándose por Rectoría, es decir por la Secretaría de Salud y CESMAC.*
- Con respecto a la atención en primer y segundo nivel las propuestas de procesos y protocolos se trasladaría la responsabilidad y obligación a las instancias prestadoras de servicios de salud: IMSS Bienestar, IMSS Ordinario, ISSSTE, etc.*
- Con respecto al protocolo de situaciones de crisis sin institucionalización, considero necesario integrar la creación e implementación del centro de Psico Orientación Telefónica o Línea de la Vida Estatal que está contemplado como programa prioritario en Salud Mental por el Gobierno de México y que tiene grado de acuerdo CONASABI, ya que a través de este proceso se estaría generando la atención de emergencias en Salud Mental y el despacho de los equipos de respuesta inmediata de Crisis como son las Brigadas de Salud Mental y los equipos primeros respondientes de apoyo psicosocial y de salud mental (SMAPS) que recomienda la Organización Panamericana de la Salud.*
- Con respecto a las poblaciones específicas de atención a la salud mental solo realizo algunas observaciones de redacción e incluyo lo referente a adicciones.*
- En el Capítulo de Ámbitos Específicos de Intervención realizó algunas observaciones de redacción y recomendó agregar un Capítulo de la Prevención y Atención de las Adicciones que incluya la Prevención General o Universal de las Adicciones, la Prevención Selectiva e Indicada de las Adicciones y un apartado referente al Tratamiento de las Adicciones donde se retome la Regulación de los Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones.*
- En lo referente al Título Sexto de Financiamiento y Cooperación solo comparto algunas observaciones y aseveraciones con sus correcciones apropiadas.*
- Finalmente, con respecto a los Artículos transitorios solo recomiendo las correcciones que se encuentran resaltadas. La revisión y propuesta final incluye 76 fojas, 7 títulos, 26 capítulos y 191 artículos y 7 artículos transitorios, del cual comparto el siguiente enlace para su consulta.*

Las y los integrantes de las Comisiones dictaminadoras consideramos pertinentes las observaciones realizadas por el Comisionado Estatal de Salud Mental y Adicciones Colima por lo que se decidió incluirlas en su totalidad en el dictamen que se analiza.

Posteriormente le fue solicitado al Comisionado Estatal de Salud Mental y Adicciones de Colima un Criterio Técnico respecto de la viabilidad del proyecto de Dictamen, quien mediante oficio CESMA/0675/2026 de fecha 11 de septiembre del presente año, consideró que el proyecto contempla, entre otras figuras, la de rectoría, operatividad, proceso y equipos de atención en los diferentes niveles de atención y comunitarios, seguimiento y evaluación de las acciones y sanciones en caso de incumplimientos. Asimismo, manifiesta que se contempla las acciones necesarias para que se cumplan las acciones de la prevención, promoción, atención y tratamiento en salud mental y de las adicciones para garantizar el derecho a la protección, promoción y recuperación de la salud mental, asimismo realizó algunas observaciones que fueron incluidas en el Dictamen, por considerarlas pertinentes.

QUINTO. IMPACTO PRESUPUESTAL.

Asimismo, para los efectos de los artículos 16 párrafos 1 y 2 de la Ley de Planeación Democrática para el Desarrollo Sustentable del Estado de Colima, 40 de la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria del Estado de Colima, 16 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios; y 35, fracción XIV, de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública del Estado de Colima, la Secretaría de Planeación, Finanzas y Administración, emitió un dictamen POSITIVO de impacto presupuestal, mediante el oficio número SPFYA/1044/2026, de fecha 03 de septiembre de 2026.

SEXTO. DE LA MODIFICACIÓN Y SU FUNDAMENTO TÉCNICO-LEGISLATIVO.

Una vez que se ha observado el sentido de las propuestas, así como las modificaciones recomendadas y ya atendidas de origen; así como los antecedentes, en los que se refiere que la segunda propuesta es suscrita por las Diputadas Andrea Carolina Heredia Torres, Evangelina Bustamante Morales y Karen Jedithe Jurado Escamilla, así como por las y los Diputados integrantes del Grupo Parlamentario de Morena, y que dicha iniciativa dejaría sin efectos la primera propuesta, consistente en reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley de Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones del Estado de Colima, se propone eliminar del artículo 9º que corresponde a las atribuciones de la Secretaría de Salud del Estado de Colima, como autoridad rectora del Sistema Estatal de Salud Mental y Adicciones, en coordinación con sus órganos desconcentrados, la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones (CESMAC), la fracción XV, la cual señala *“presentar anualmente un informe público ante el Congreso del Estado y la sociedad civil organizada, el Consejo Estatal de Salud Mental y Adicciones, que incluya los avances del Programa Estatal, su ejecución presupuestal, indicadores de desempeño y las acciones realizadas para garantizar los derechos de las personas usuarias”*; toda vez que, conforme al artículo 31 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Colima, la Gobernadora o el Gobernador del Estado, en el mes de noviembre de cada año, presentará ante el Congreso del Estado un informe por escrito, en el que manifieste el estado general que guarda la administración pública de la entidad y el cumplimiento del Plan Estatal de Desarrollo y posteriormente, el Congreso realizará el análisis del informe, acordará solicitar al Poder Ejecutivo del Estado la ampliación de la información por escrito y citará a comparecer a las Secretarías y Secretarios de la Administración Pública, a la Consejera o Consejero Jurídico y a la persona titular de la Contraloría General del Estado para el mismo propósito.

Asimismo, se reorganizan los artículos transitorios para ajustarlos a lo que se considera son acciones que se deben realizar para la aplicación de la nueva ley. En el caso del transitorio séptimo de la iniciativa que se refiere al *“Presupuesto inicial para la implementación del modelo comunitario de salud mental y adicciones”*, se elimina el párrafo que señala *“Dicho presupuesto no podrá ser inferior al 3% del presupuesto estatal asignado al sector salud, debiendo establecerse una ruta de incremento anual progresivo, con base en metas de cobertura, calidad, infraestructura y participación comunitaria, hasta alcanzar estándares internacionales recomendados por la OMS y la OPS”* toda vez que la aplicación de la ley se hará de forma progresiva y conforme a la suficiencia presupuestaria.

En el caso de la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones de Colima, que en el glosario se establece como CESMAC, se observa que en varios artículos se menciona como CESMA y en otros CESMAC, por lo que se uniforma para que en todos se mencione CESMAC.

En el apartado de sanciones se modifica para que cualquier procedimiento que se inicie en contra de personas servidoras públicas por el incumplimiento de las obligaciones se sujete a la Ley General de Responsabilidades que establece el procedimiento a seguir y las sanciones. Asimismo, se establece que, para el caso de que los establecimientos públicos, sociales o privados que presten servicios de salud mental, incumplan con la ley, sea la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de Colima la que imponga las sanciones conforme a su ámbito de competencia y conforme al procedimiento previsto en su normatividad, con este apartado se evita un doble procedimiento y el establecimiento de sanciones distintas.

SÉPTIMO. CONCLUSIONES.

Las y los integrantes de estas Comisiones Dictaminadoras resuelven de conformidad a lo argumentado en los considerandos anteriores, la viabilidad de la multicitada Iniciativa.

Por lo anteriormente expuesto, se expide el siguiente:

DECRETO No. 365

ARTÍCULO PRIMERO. Se **abroga** la Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones en el Estado de Colima.

ARTÍCULO SEGUNDO. Se **emite** la Ley de Salud Mental y Adicciones para el Estado de Colima, para quedar como sigue:

LEY DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES PARA EL ESTADO DE COLIMA
TÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES
CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 1. Objeto y Naturaleza de la Ley.

La presente Ley es de orden público, interés social y observancia general en el Estado de Colima. Tiene por objeto garantizar el derecho a la protección, promoción y recuperación de la salud mental de todas las personas, reconociendo su carácter integral, progresivo, universal, intercultural y libre de discriminación, en consonancia con los estándares nacionales e internacionales en derechos humanos.

Asimismo, esta Ley tiene como finalidad asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, con condiciones de salud mental, trastornos mentales, consumo problemático de sustancias psicoactivas o en situación de vulnerabilidad, garantizando su autonomía, inclusión plena en la comunidad y el acceso a servicios de salud mental y de tratamiento de adicciones oportunos, accesibles, asequibles y de calidad, con enfoque comunitario, de derechos humanos, de género, de niñez y adolescencia, y pertinencia cultural.

Los servicios y políticas de salud mental y adicciones que se desarrollen con base en esta Ley deberán orientarse al respeto de la dignidad, a la vida independiente, a la igualdad de condiciones y oportunidades, evitando toda forma de institucionalización forzada, medicalización sin consentimiento o prácticas coercitivas, privilegiando en todo momento alternativas comunitarias, preventivas y psicosociales.

Esta Ley establece las bases, principios y mecanismos para:

- I. Promover y en su caso regular el acceso equitativo, digno y gratuito a los servicios de salud mental y adicciones con enfoque comunitario, interdisciplinario, intercultural, de género, de infancia y discapacidad;
- II. Promover la salud mental y el bienestar psicosocial en todos los ámbitos de la vida, con énfasis en la prevención, la atención oportuna, la recuperación, la inclusión social, y el respeto a la autonomía de las personas usuarias;
- III. Prohibir y erradicar prácticas institucionalizadas, coercitivas o discriminatorias, promoviendo alternativas basadas en la comunidad y respetuosas de los derechos humanos;
- IV. Establecer mecanismos de coordinación intersectorial entre instituciones de salud, educación, justicia, seguridad pública y desarrollo social, así como con organizaciones de la sociedad civil y redes comunitarias;
- V. Fomentar la participación activa y vinculante de personas usuarias de servicios de salud mental, familiares y colectivos, en el diseño, implementación, evaluación y fiscalización de las políticas públicas en salud mental;
- VI. Garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Estatal de Salud; y
- VII. Regular la formación, capacitación y supervisión ética de los recursos humanos en salud mental con enfoque en derechos humanos, género, salud pública y justicia social.

Artículo 2. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

- I. **Acompañamiento psicosocial:** Estrategia no medicalizante, basada en el vínculo humano, la escucha activa, la corresponsabilidad comunitaria y el respeto a la autonomía, orientada al bienestar subjetivo, la inclusión social y la recuperación significativa;
- II. **Acuerdo de voluntad anticipada:** Documento legal en el que una persona expresa sus preferencias y directrices respecto a intervenciones futuras en salud mental, en caso de que no pueda manifestarlas por sí misma, con carácter vinculante para las instituciones;
- III. **Acuerdos de apoyo para la toma de decisiones:** Instrumento formal en el cual una persona con discapacidad designa a personas de confianza para asistirle en la toma de decisiones sobre su salud, vida, relaciones o patrimonio, sin sustituir su voluntad;
- IV. **Adicción:** La dependencia del comportamiento fisiológico que se desarrolla luego del consumo reiterado de sustancias tales como tabaco, alcohol, o cualquier tipo de estupefaciente, psicotrópico o vegetales (sustancia psicoactiva natural o sintética) que determine la Ley General de Salud;
- V. **Ajustes razonables:** Modificaciones adecuadas y necesarias que no representen una carga desproporcionada, requeridas para asegurar a las personas con discapacidad psicosocial el acceso en igualdad de condiciones a los servicios de salud, justicia, educación y participación comunitaria;
- VI. **Ajustes de procedimiento:** Cambios en la forma o proceso de actuación institucional, especialmente en procedimientos de salud, justicia, seguridad o administración pública, para garantizar la participación efectiva de personas con discapacidad psicosocial;

- VII. **Atención integral y continua:** Modelo de atención articulado entre niveles, disciplinas e instituciones, que asegura el acompañamiento permanente y la respuesta efectiva a lo largo del tiempo y de la trayectoria vital de cada persona;
- VIII. **Autonomía progresiva:** Principio según el cual niñas, niños y adolescentes desarrollan capacidades de decisión de forma gradual, por lo que deben ser escuchados y considerados en función de su edad, madurez y contexto;
- IX. **Capacidad jurídica:** Reconocimiento pleno de que todas las personas tienen derecho a ser titulares y ejercer derechos por sí mismas, recibiendo los apoyos necesarios para hacerlo, en conformidad con el artículo 12 de la CDPD;
- X. **CARA:** Clínica de Atención Residencial en Adicciones;
- XI. **CAS:** Centro de Asistencia Social;
- XII. **CDPD:** Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad;
- XIII. **CECOSAMA:** Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones. Unidad ambulatoria especializada que ofrece atención integral en salud mental y consumo problemático de sustancias, basada en el modelo comunitario;
- XIV. **CESMAC:** Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones de Colima;
- XV. **Código 100:** Protocolo nacional de actuación en situaciones de urgencia y riesgo suicida, que establece directrices para la intervención inmediata, segura y con enfoque humanitario en hospitales y servicios de salud;
- XVI. **CONASAMA:** Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones;
- XVII. **Consentimiento libre e informado:** Aceptación voluntaria y consciente de una intervención en salud, otorgada tras recibir información suficiente, comprensible, sin coerción ni manipulación. Constituye un derecho fundamental en todas las etapas del proceso de atención;
- XVIII. **Despatologización y desinstitucionalización:** Principio orientado a superar el paradigma exclusivamente biomédico de la salud mental, erradicando prácticas como el internamiento forzado, el aislamiento y la sobremedicalización, y promoviendo estrategias de inclusión, participación y acompañamiento comunitario;
- XIX. **Dignidad humana:** Principio conforme al cual toda persona debe ser reconocida como sujeto de derechos, tratada con respeto y libre de estigmas, discriminación o violencia, sin importar su condición de salud mental, discapacidad, identidad u origen;
- XX. **Discapacidad psicosocial:** Condición derivada de interacciones entre factores psíquicos, sociales y culturales, que, en combinación con diversas barreras, puede limitar la participación plena y efectiva en igualdad de condiciones con las demás personas. Se reconoce conforme a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad;
- XXI. **Enfoque de derechos humanos:** Principio normativo y operativo que garantiza que todas las acciones en salud mental respeten, protejan y promuevan la dignidad humana, la igualdad sustantiva, la autonomía, la participación, la justicia y la no discriminación, conforme a los tratados internacionales, la Constitución y las leyes nacionales;
- XXII. **Enfoque de género:** Marco analítico que reconoce las desigualdades estructurales entre hombres, mujeres y personas de identidades sexo-genéricas diversas, promoviendo la equidad en el acceso, trato y resultados en salud mental y adicciones;
- XXIII. **Estigma y discriminación:** Conjunto de actitudes, prácticas o normas que excluyen, degradan o niegan derechos a personas con condiciones de salud mental o discapacidad psicosocial. Su erradicación constituye un objetivo prioritario de esta ley;
- XXIV. **Fiscalía General:** Fiscalía General del Estado de Colima.
- XXV. **Igualdad y no discriminación:** Derecho de todas las personas a acceder a servicios de salud mental en igualdad de condiciones, sin distinción por discapacidad, género, edad, origen étnico, orientación sexual, condición migratoria u otra condición social;
- XXVI. **Internamiento:** Medida excepcional, de último recurso y duración limitada, bajo control judicial y revisión periódica, permitida solo en casos urgentes conforme a los principios de legalidad, necesidad y proporcionalidad, con garantía plena de derechos humanos;

- XXVII. **Interseccionalidad:** Enfoque que reconoce que las personas pueden experimentar múltiples formas de discriminación simultáneamente por razones de género, etnia, edad, discapacidad, clase, orientación sexual u otras, y que estas deben ser abordadas integralmente para garantizar el acceso equitativo a la salud mental;
- XXVIII. **Modelo comunitario:** Enfoque de atención que privilegia la intervención ambulatoria y no institucionalizadas, integrada a los entornos naturales de vida, basada en la participación social, la construcción de redes de apoyo y el respeto a la autonomía, evitando la sobremedicalización y el aislamiento;
- XXIX. **Participación significativa:** Derecho de las personas usuarias, sus familias, comunidades y organizaciones a intervenir de manera informada, activa y vinculante en el diseño, implementación, evaluación y supervisión de políticas, programas y servicios de salud mental;
- XXX. **Persona usuaria:** Aquella que accede, ha accedido o tiene derecho a acceder, de forma voluntaria o con consentimiento informado, a servicios de promoción, prevención, atención, rehabilitación o acompañamiento psicosocial;
- XXXI. **POSIT:** Cuestionario de tamizaje de problemas en adolescentes;
- XXXII. **Prevención y promoción:** Conjunto de acciones orientadas a construir entornos saludables, reducir riesgos psicosociales, fortalecer habilidades para la vida y garantizar el cuidado colectivo desde edades tempranas;
- XXXIII. **Salud mental:** Estado de bienestar psicosocial, emocional y social en el cual la persona reconoce sus capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y participar en su comunidad, de manera libre, autónoma y digna. Implica el ejercicio de derechos, el fortalecimiento de vínculos, y el acceso a condiciones de vida justas y saludables;
- XXXIV. **Servicios de salud mental:** Conjunto de intervenciones, dispositivos y programas orientados a la promoción, prevención, atención, rehabilitación y apoyo psicosocial, operados por instituciones públicas, sociales o privadas, que deben respetar la dignidad, la libertad y el consentimiento informado;
- XXXV. **Sistema Estatal de Salud Mental y Adicciones:** Conjunto de instituciones, servicios, programas, recursos humanos, técnicos y financieros del Estado de Colima destinados a garantizar el derecho a la salud mental y atención de las adicciones, bajo el modelo comunitario, integral, y con enfoque de derechos humanos;
- XXXVI. **Sustancias Psicoactivas:** Es toda sustancia (natural o sintética) que al introducirse en el organismo por cualquier vía altera el funcionamiento del sistema nervioso central de la persona; y
- XXXVII. **Tutoría asistida o curaduría representativa parcial:** Mecanismo excepcional de apoyo, de duración limitada y bajo control judicial, para asistir o representar parcialmente a personas con discapacidad psicosocial, sólo cuando no existan alternativas menos restrictivas, garantizando siempre su voluntad y revisión periódica.

Artículo 3. Son sujetos de esta ley:

- I. Todas las personas que se encuentren en el territorio del Estado de Colima, sin discriminación alguna;
- II. Las autoridades estatales y municipales en materia de salud, educación, seguridad, procuración de justicia, bienestar social y derechos humanos;
- III. Las instituciones públicas, privadas, académicas y de la sociedad civil que desarrollen acciones vinculadas con la salud mental, las adicciones, la prevención y posvención del suicidio;
- IV. Las personas usuarias de servicios, sus familias y redes de apoyo; y
- V. Las y los profesionales, técnicos y personal auxiliar que intervengan en procesos de atención, prevención o rehabilitación en salud mental y adicciones.

Artículo 4. Toda persona habitante del Estado de Colima, sin distinción alguna, tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental y a acceder a servicios adecuados, accesibles, asequibles y de calidad, incluyendo aquellas personas cuidadoras y redes de apoyo, quienes deberán ser integradas en procesos de atención, formación y acompañamiento con base en la corresponsabilidad social y comunitaria.

TÍTULO SEGUNDO DE LOS PRINCIPIOS, DERECHOS Y OBLIGACIONES

CAPÍTULO I DE LOS PRINCIPIOS RECTORES

Artículo 5. Son principios fundamentales de esta Ley y guían toda intervención, política pública y prestación de servicios en salud mental y adicciones en el Estado de Colima:

- I. El respeto irrestricto a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, del comportamiento o con consumos problemáticos de sustancias (psicoactivas);
- II. La universalidad, igualdad sustantiva y no discriminación en el acceso a los servicios de salud mental y adicciones;
- III. La prevención de los trastornos mentales, del comportamiento y las adicciones como prioridad de salud pública;
- IV. El carácter público, gratuito y de calidad de los servicios prestados por el Estado;
- V. La atención integral, continua, interdisciplinaria, humanizada y centrada en la persona usuaria;
- VI. La equidad en el diseño e implementación de políticas, asegurando medidas afirmativas para poblaciones en situación de vulnerabilidad;
- VII. La perspectiva de género, infancia, interculturalidad y discapacidad psicosocial;
- VIII. El consentimiento informado, la autonomía progresiva y la capacidad legal en el ejercicio de decisiones de las personas usuarias;
- IX. La confidencialidad y privacidad de toda la información clínica, psicológica y social;
- X. El tratamiento con la alternativa menos restrictiva posible y en entornos comunitarios siempre que sea viable;
- XI. El internamiento voluntario o involuntario conforme a la legislación nacional e internacional y bajo revisión periódica;
- XII. La participación efectiva de personas usuarias, familias y colectivos en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas;
- XIII. La acreditación y competencia profesional del personal de salud mental y adicciones;
- XIV. La rehabilitación e inclusión familiar, educativa, comunitaria y laboral como fines del tratamiento; y
- XV. La justicia terapéutica en casos de personas usuarias en conflicto con la ley penal.

CAPÍTULO II DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS

Artículo 6. Las personas con trastornos mentales, del comportamiento o consumos (de sustancias psicoactivas) problemáticos tienen derecho a:

- I. Recibir atención integral, continua, digna, de calidad y en condiciones de igualdad;
- II. Ser reconocidas como sujetas de derecho, con autonomía, historia, vínculos y dignidad;
- III. Acceder a tratamientos basados en evidencia científica, con fundamentos éticos y adaptados a su contexto cultural;
- IV. Recibir información clara, suficiente y comprensible sobre su diagnóstico, tratamiento, riesgos y alternativas disponibles;
- V. Otorgar o negar consentimiento informado para todo procedimiento, salvo en casos excepcionales conforme a la ley;
- VI. Contar con una segunda opinión diagnóstica o terapéutica si así lo desea;
- VII. Acceder a su expediente clínico y a que se resguarde su confidencialidad, salvo disposición judicial;
- VIII. Ser tratado en su comunidad o lo más cerca posible de su entorno familiar y social;
- IX. No ser discriminado, estigmatizado ni identificado por razones de diagnóstico, historial clínico o condición de salud mental;
- X. No ser sometido a tratamientos irreversibles, experimentales, ni a medidas de aislamiento o sujeción física o química sin justificación médica, salvo en casos extremos, regulados y bajo supervisión;

- XI. Presentar quejas y recursos efectivos ante autoridades administrativas y jurisdiccionales en caso de violación de sus derechos;
- XII. Recibir atención especializada en casos de urgencia, crisis suicida, autolesiones o alteraciones mentales graves;
- XIII. Ejercer libremente sus derechos civiles, políticos, sociales, culturales, sexuales y reproductivos, sin restricción por diagnóstico clínico;
- XIV. Recibir rehabilitación, apoyos para la vida independiente e inclusión laboral, educativa y comunitaria;
- XV. A contar con la compañía de familiares o personas de confianza durante procesos clínicos, siempre que no exista contraindicación profesional fundada;
- XVI. Conocer y acceder a programas de salud mental y adicciones del Estado y organizaciones sociales;
- XVII. No ser internado/a de manera involuntaria salvo en los casos establecidos en la ley, con garantías de revisión judicial y médica periódica;
- XVIII. No ser objeto de investigación clínica sin consentimiento fehaciente, y con garantías éticas;
- XIX. Acceder a un entorno digno, limpio, con condiciones adecuadas de alimentación, higiene y convivencia durante su estancia hospitalaria;
- XX. Comunicarse libremente con personas del exterior, salvo resolución fundada por motivos clínicos o judiciales;
- XXI. Participar activamente en la formulación de su plan terapéutico y en las decisiones que le conciernen; y
- XXII. Recibir información sobre apoyos sociales, programas de inclusión, redes de acompañamiento y protección estatal en situaciones de violencia, pobreza, discapacidad, discriminación, abandono o situación de calle.

CAPÍTULO III

DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS FAMILIAS Y PERSONAS A CARGO

Artículo 7. El Estado reconoce el papel fundamental del entorno familiar y social en la salud mental. Las familias y personas a cargo tendrán los siguientes derechos:

- I. A recibir información clara y suficiente sobre el tratamiento de su familiar, respetando los límites de confidencialidad que la persona usuaria haya establecido;
- II. A ser partícipes del proceso terapéutico, siempre que la persona usuaria lo permita o no pueda manifestar su voluntad;
- III. A contar con orientación, formación, capacitación y acompañamiento para el adecuado apoyo, cuidado e inclusión de su familiar;
- IV. A apelar decisiones clínicas o institucionales cuando consideren vulnerados los derechos de su familiar, conforme a los mecanismos establecidos; y
- V. A participar en las políticas públicas, consejos consultivos y órganos de vigilancia ciudadana en salud mental y adicciones.

Artículo 8. Las familias y personas a cargo tienen también las siguientes obligaciones:

- I. Respetar la dignidad, autonomía, privacidad y voluntad de la persona usuaria;
- II. Facilitar el apego al tratamiento y participar activamente en las acciones de rehabilitación e inclusión;
- III. Informarse y formarse en salud mental, adicciones y derechos humanos;
- IV. Reportar cualquier signo de abandono, maltrato, violencia o riesgo en el entorno del paciente, a las autoridades competentes;
- V. Promover entornos protectores y no estigmatizantes para las personas con trastornos mentales o consumo problemático de sustancias psicoactivas.

CAPÍTULO IV

DE LAS ATRIBUCIONES Y OBLIGACIONES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE COLIMA

Artículo 9. Atribuciones en materia de salud mental y adicciones:

Corresponde a la Secretaría de Salud del Estado de Colima, como autoridad rectora del Sistema Estatal de Salud Mental y Adicciones, en coordinación con sus órganos desconcentrados, la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones de Colima (CESMAC) y demás instituciones públicas, sociales y privadas que integran dicho sistema, el ejercicio de las siguientes atribuciones:

- I. Elaborar, evaluar y actualizar periódicamente el Programa Estatal de Salud Mental y Adicciones, en coherencia con la Ley General de Salud, los Tratados Internacionales en materia de derechos humanos, las Normas Oficiales Mexicanas y esta Ley;
- II. Garantizar que el modelo de atención se base en un enfoque comunitario, integral, interdisciplinario, intercultural, de género, de infancia, ciclo de vida y discapacidad psicosocial, que promueva la autonomía, la inclusión social y la dignidad de las personas usuarias;
- III. Diseñar y difundir campañas permanentes de promoción de la salud mental, prevención del suicidio y del uso problemático de sustancias psicoactivas, así como de sensibilización y lucha contra el estigma, utilizando formatos accesibles, culturalmente pertinentes, multilingües y con enfoque interseccional;
- IV. Coordinar e integrar la Red Estatal Integrada de Servicios de Salud Mental y Adicciones, garantizando su articulación funcional, su supervisión técnica, su evaluación continua y su progresiva expansión con criterios de equidad territorial;
- V. Desarrollar y supervisar, observando la Ley General de Salud y los protocolos que emita la Secretaría de Salud, las Unidades de primer, segundo y tercer nivel, los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMAS), las brigadas comunitarias de salud mental, líneas telefónicas de emergencia emocional, centros de intervención en crisis y otros equipos comunitarios de atención y acompañamiento; con los que se cuenten en la Red Estatal Integrada de Servicios de Salud Mental y Adicciones;
- VI. Crear, administrar y mantener en funcionamiento el Observatorio Estatal de Salud Mental y Adicciones, y el Sistema Estatal de Alerta Temprana, asegurando la transparencia, la protección de datos personales y la participación multisectorial;
- VII. Establecer mecanismos de coordinación interinstitucional y territorial con los ayuntamientos, el sistema educativo, el sector laboral, penitenciario, de justicia, protección civil, seguridad pública y desarrollo social, para el diseño e implementación de programas conjuntos;
- VIII. Fomentar y garantizar la participación significativa y vinculante de personas usuarias, familiares, personas con discapacidad psicosocial, organizaciones de la sociedad civil, comunidades y pueblos originarios en el diseño, monitoreo y evaluación de políticas públicas;
- IX. Coordinar programas de salud mental escolar, con atención psicoeducativa y psicopedagógica, orientados a la prevención, detección temprana, intervención oportuna y acompañamiento emocional en niñas, niños y adolescentes, en coordinación con la Secretaría de Educación y el DIF Estatal;
- X. Establecer acciones afirmativas y programas específicos para la atención de poblaciones históricamente excluidas o vulneradas: personas con discapacidad psicosocial, personas en situación de calle, pueblos indígenas, personas privadas de la libertad, personas migrantes, mujeres, personas LGBTQ+, personas adultas mayores y víctimas de violencia o desaparición;
- XI. Capacitar y certificar de manera continua al personal de salud mental y adicciones, de otros sectores públicos y de servicios comunitarios, en temas como: derechos humanos, enfoque de género e interseccionalidad, atención en crisis, prevención del suicidio, salud mental perinatal, primeros auxilios psicológicos y acompañamiento no coercitivo, adicciones;
- XII. Impulsar, en coordinación con la Subsecretaría del Trabajo y el sistema educativo, estrategias de inclusión laboral, educativa y social de personas con trastornos mentales, discapacidad psicosocial o adicciones, basadas en el modelo de apoyos y ajustes razonables;
- XIII. Establecer y actualizar protocolos y normas operativas para una atención ética, voluntaria, digna, sin coerción, institucionalización prolongada ni medicalización innecesaria, conforme a los principios del artículo 12 de la CDPD;
- XIV. Promover y financiar la investigación científica, evaluación participativa e innovación en salud mental y adicciones, en coordinación con universidades, centros de investigación y organizaciones sociales, asegurando el cumplimiento de principios éticos, bioéticos y de beneficio social;

- XV. Coadyuvar en la creación, fortalecimiento y operación de mecanismos de monitoreo y supervisión independiente de derechos humanos en instituciones de salud mental y adicciones, con la participación de organismos autónomos, academia y organizaciones de la sociedad civil; y
- XVI. Las demás atribuciones que se deriven de esta Ley, de otras disposiciones normativas aplicables o que le sean conferidas por el Congreso del Estado, el Poder Ejecutivo o convenios con la Federación.

CAPÍTULO V

CONSEJO ESTATAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Artículo 10. Creación y naturaleza del Consejo.

Se crea el Consejo Estatal de Salud Mental y Adicciones del Estado de Colima, como órgano consultivo, interinstitucional, participativo, plural y honorífico, con carácter permanente, encargado de asesorar, coordinar, supervisar, opinar y evaluar la implementación de las políticas públicas, programas, planes y acciones en materia de salud mental y adicciones, con base en los principios de:

- a. Derechos humanos;
- b. Equidad de género;
- c. Enfoque interseccional;
- d. Participación significativa;
- e. Modelo comunitario;
- f. Inclusión psicosocial y;
- g. Perspectiva de infancia y ciclo de vida.

Artículo 11. Objetivos del Consejo.

El Consejo tendrá como objetivos:

- I. Contribuir al diseño, seguimiento, evaluación y mejora del Programa Estatal de Salud Mental y Adicciones y sus planes operativos;
- II. Promover la coordinación intersectorial entre las instituciones del sector salud, educación, seguridad pública, trabajo, justicia, cultura, desarrollo social, vivienda, juventudes y derechos humanos, para garantizar una atención integral y comunitaria;
- III. Garantizar la participación activa, sustantiva y vinculante de personas usuarias de servicios de salud mental y adicciones, familiares, pueblos indígenas, colectivos sociales, academia y personas con discapacidad psicosocial en la toma de decisiones;
- IV. Asesorar en la formulación y adecuación normativa de políticas públicas estatales en salud mental y adicciones, conforme a los marcos nacionales e internacionales;
- V. Impulsar la innovación, la investigación aplicada y la evaluación participativa con enfoque territorial y ético;
- VI. Supervisar el cumplimiento de los principios rectores de esta Ley, los estándares internacionales de derechos humanos y las directrices establecidas por la CONASAMA.

Artículo 12. Integración del Consejo.

El Consejo Estatal estará integrado de forma paritaria, plural y representativa, garantizando voz y voto a la sociedad civil y a las personas usuarias. Estará conformado por:

- I. Una Presidencia Honorífica, a cargo de la Gobernadora o Gobernador en funciones.
- II. Una Presidencia Ejecutiva, a cargo de la persona titular de la Secretaría de Salud del Estado.
- III. Una Coordinación General; designada por la Presidencia Honorífica, a propuesta de la Presidencia Ejecutiva.
- IV. Una Secretaría Técnica, a cargo de la persona titular de la CESMAC.
- V. Las Vocalías que serán una representación de cada una de las siguientes dependencias, organismos o entidades:
 - a) Secretaría General de Gobierno;

- b) Secretaría de Educación y Cultura del Gobierno del Estado;
- c) Secretaría de Bienestar, Inclusión Social y Mujeres del Gobierno del Estado;
- d) Secretaría de Seguridad Pública y Protección Ciudadana del Gobierno del Estado;
- e) Fiscalía General;
- f) Comisión de Salud y Deporte del Congreso del Estado;
- g) Comisión de Derechos Humanos del Estado de Colima;
- h) Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia;
- i) Instituto Colimense del Deporte;
- j) Unidad Estatal de Protección Civil;
- k) Los ayuntamientos de la entidad;
- l) IMSS Bienestar;
- m) Una persona especialista en Salud Mental;
- n) Una persona especialista en Adicciones;

A invitación de la Presidencia Ejecutiva del Consejo, las personas representantes en el Estado de cada una de las siguientes dependencias y entidades públicas de la federación, sociales o privadas:

- a) Secretaría de la Defensa Nacional;
- b) Secretaría de Marina;
- c) Fiscalía General de la República;
- d) Instituto Mexicano del Seguro Social;
- e) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
- f) Delegación Estatal de Cruz Roja Mexicana;
- g) Colegios de Médicos; Psicólogos y Psiquiatras;
- h) Organismos privados de atención a las adicciones;
- i) Cámaras de comercio y servicios; y
- j) Instituciones de educación superior.

La Presidencia Ejecutiva del Consejo podrá invitar a participar en el mismo, con derecho a voz, a otras personas representantes de instituciones u organismos de reconocido prestigio en las ciencias de la salud, sociales y afines; así como a aquellas personas físicas o morales que por su experiencia y servicio puedan auxiliar al Consejo en la realización de sus objetivos.

Las personas integrantes podrán designar a sus respectivas suplencias.

Artículo 13. Funcionamiento.

El Consejo sesionará de forma ordinaria al menos tres veces por año y de forma extraordinaria en caso de emergencia sanitaria, desastres, crisis sociales, alertas epidemiológicas o violaciones de derechos humanos relevantes.

Las sesiones serán públicas, salvo que existan causas justificadas para celebrarse de manera reservada, conforme al principio de transparencia.

Las decisiones se tomarán por consenso o, en su defecto, por mayoría simple de los votos presentes.

El Consejo podrá conformar comisiones temáticas o grupos de trabajo especializados.

El Consejo procurará la realización de consultas públicas, audiencias ciudadanas, foros comunitarios o parlamentos abiertos, como parte del ciclo participativo de diseño, implementación y evaluación del Programa Estatal de Salud Mental y Adicciones.

El reglamento interno del Consejo regulará su estructura operativa, funcionamiento, rotación de representantes, periodicidad de informes y mecanismos de consulta ciudadana.

Artículo 14. Atribuciones específicas del Consejo.

Corresponde al Consejo:

- I. Diseñar, implementar y evaluar políticas públicas en materia de salud mental, prevención y de rehabilitación de las personas con un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas;
- II. Revisar y discutir el informe anual que la Secretaría de Salud deberá presentar sobre el avance del Programa Estatal, sus indicadores, ejecución presupuestal y cumplimiento de los derechos de las personas usuarias;
- III. Proponer reformas legislativas, reglamentarias o administrativas que fortalezcan el sistema estatal de atención comunitaria, garantizando el respeto a los derechos humanos;
- IV. Fomentar la participación comunitaria en zonas de incidencia para la ejecución de programas de prevención, tratamiento en salud mental y adicciones;
- V. Evaluar las condiciones de calidad, accesibilidad, equidad y trato digno en los establecimientos públicos, sociales y privados que presten servicios en salud mental y adicciones;
- VI. Fomentar la transparencia, la rendición de cuentas y la vigilancia ciudadana, en particular en el uso de recursos públicos destinados a salud mental y adicciones;
- VII. Promover la capacitación continua y obligatoria de personal del sector público en salud mental, perspectiva de derechos humanos, inclusión, atención en crisis, primeros auxilios psicológicos y género;
- VIII. Promover que la población a través de las asociaciones civiles y locales coadyuven con las instituciones de Gobierno en la ejecución, supervisión y evaluación de los programas y acciones en materia de prevención de las adicciones;
- IX. Articular estrategias con los municipios y los Comités Municipales de Salud Mental y Adicciones (COMSAMA) para ampliar la cobertura, pertinencia y calidad de los servicios comunitarios en salud mental y adicciones;
- X. Promover la elaboración de materiales impresos y audiovisuales, de carácter formativo e informativo en materia de promoción, prevención, tratamiento en salud mental y adicciones;
- XI. Elaborar programas de reinserción para las personas con uso problemático de sustancias psicoactivas, que hayan cometido delitos o infracciones bajo los efectos de sustancias psicoactivas y coadyuvar en la vigilancia de su cumplimiento; y
- XII. Emitir una opinión técnica vinculante ante solicitudes de cierre, reconversión, fusión, transformación o cambio de modelo de atención de unidades estatales especializadas en salud mental.

CAPÍTULO VI

COMISIÓN ESTATAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Artículo 15. Creación y naturaleza de la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones.

La CESMAC constituida como Organismo Público Desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado, será la encargada de coordinar, ejecutar y supervisar los programas y acciones que se promuevan por el Consejo.

Artículo 16. La estructura orgánica de la CESMAC dispondrá de autonomía técnica y contará con los recursos presupuestales que le permitan conformar su plantilla de personal que les permitan cumplir sus objetivos.

Artículo 17. Atribuciones y Responsabilidades de la CESMAC.

La CESMAC tendrá las siguientes atribuciones y responsabilidades:

- I. Coordinar y conducir las acciones de las dependencias y entidades públicas, privadas y sociales de salud mental y adicciones;
- II. Formular el Programa Estatal de Salud Mental y Adicciones;
- III. Establecer políticas, estrategias, líneas de acción, mecanismos y recursos para prevenir, controlar, atender o rehabilitar a los segmentos de la población afectada;

- IV. Establecer mecanismos que promuevan la participación de la comunidad en el mejoramiento de la salud mental y en la prevención de las adicciones;
- V. Impulsar la instalación de coaliciones comunitarias con el propósito de fortalecer la implementación de los programas preventivos de salud mental y adicciones;
- VI. Gestionar que se proporcione consulta externa y atención hospitalaria a la población con problemas de salud mental y adicciones que la requiera;
- VII. Coordinar la realización de estudios e investigaciones clínicas y experimentales en el campo de la salud mental y adicciones, con apego a la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social;
- VIII. Difundir información técnica y científica sobre los avances en materia de salud mental y adicciones, así como los resultados de investigaciones y trabajos que se realicen a nivel nacional e internacional;
- IX. Promover la realización de reuniones y eventos de intercambio científico de carácter estatal, nacional e internacional; e impulsar la celebración de convenios de intercambio con instituciones afines;
- X. Asesorar y emitir opiniones a los Servicios de Salud del Estado en la formulación de normas relativas a la especialidad de la Comisión;
- XI. Fungir como órgano de consulta de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal en su área de especialización y asesorar a instituciones sociales y privadas en la materia;
- XII. Capacitar y especializar al personal para la atención de personas con trastornos mentales y/o adicciones de conformidad con las disposiciones aplicables;
- XIII. Formular y promover programas, cursos de capacitación, enseñanza y especialización de personal profesional, técnico y auxiliar, en el campo de la salud mental y de las adicciones;
- XIV. Promover acciones de vigilancia, seguimiento y evaluación de resultados en la ejecución del Programa Estatal de Salud Mental y Adicciones;
- XV. Administrar los recursos financieros, humanos y materiales que la Federación y el Estado asignan a la Comisión de conformidad con las directrices que establezcan las instituciones relacionadas con la materia y en la normatividad aplicable;
- XVI. Proponer a la persona Titular de la Secretaría de Salud, su reglamento interno en el que se plasmen las funciones específicas de cada una de las áreas que lo integran y vigilar su cumplimiento;
- XVII. Consolidar convenios, contratos y acuerdos con los Sectores Público, Privado y Social en materia de salud mental y adicciones a fin de institucionalizar las acciones de colaboración en prevención, detección oportuna y tratamiento;
- XVIII. Establecer comunicación y enlace permanente con la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones promoviendo la rendición de cuentas, el cumplimiento de las metas e indicadores establecidas para el Estado de Colima;
- XIX. Verificar que se recopile la información referente a la salud mental y adicciones derivadas de la actividad sectorial e institucional y de los comités municipales que operen, para tener información relevante y objetiva que sirva en la toma de decisiones y el direccionamiento de esfuerzos;
- XX. Acompañar en la supervisión de las unidades de primer, segundo y tercer nivel, Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones para garantizar que los servicios de atención en salud mental que prestan a la población estén en el mayor cumplimiento a la normatividad y a la Ley General de Salud;
- XXI. Acompañar en la supervisión de los Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones y las Clínicas de Atención Residencial en Adicciones en el Estado, públicos y privados verificando que cumplan con las disposiciones que la normatividad exige para brindar atención integral, profesional y en apego a los derechos humanos a la población colimense;
- XXII. La persona Titular de la Comisión, fungirá como Secretaría Técnica en las sesiones del Consejo Estatal de Salud Mental y Adicciones consensuando acuerdos y políticas operativas, así como coordinar el Consejo;
- XXIII. Expedir constancias y certificaciones de la información que produzca, recopile, administre, maneje, procese, organismo que así lo requieran para el correcto desempeño de sus funciones, o por alguna autoridad competente, de conformidad con la normatividad respectiva;

- XXIV. Informar a la Presidencia Ejecutiva del Consejo, el estado que guardan los asuntos de su competencia en los tiempos que determine, o con fundamento en la normatividad que aplique, o cuando menos trimestralmente; y
- XXV. Las demás que le señalen las leyes, reglamentos, decretos, acuerdos o disposiciones legales y el Titular del Organismo.

CAPÍTULO VII

DEL OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES Y DEL SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA DEL ESTADO DE COLIMA

Artículo 18. Creación y objetivos del Observatorio.

Se crea el Observatorio de Salud Mental y Adicciones del Estado de Colima, en adelante “el Observatorio”, como una herramienta técnica, continua, articulada y obligatoria, destinada a:

- I. Generar, sistematizar, analizar y difundir datos confiables, oportunos y desagregados sobre la situación de la salud mental y el uso problemático de sustancias en la población del Estado;
- II. Apoyar la planeación estratégica, el monitoreo territorial, la evaluación participativa y la mejora continua de las políticas públicas, los programas, los dispositivos y los servicios en la materia; y
- III. Garantizar el derecho a la protección de la salud mental bajo los principios de equidad, enfoque comunitario, perspectiva de género, interculturalidad, inclusión, ciclo de vida y respeto a los derechos humanos.

Artículo 19. Coordinación y principios del Observatorio.

El Observatorio será coordinado por la CESMAC, y en vinculación interinstitucional con las unidades de información en salud, educación, bienestar, seguridad pública, justicia, sistema penitenciario, trabajo, juventud, derechos humanos y desarrollo social. Su operación se regirá por los siguientes principios:

- a) Transparencia;
- b) Confidencialidad y protección de datos personales;
- c) Interoperabilidad técnica y normativa;
- d) Accesibilidad tecnológica y comunicativa;
- e) Mejora continua e innovación;
- f) Rendición de cuentas; y
- g) Participación social efectiva.

Artículo 20. Funciones del Observatorio.

El Observatorio deberá cumplir las siguientes funciones estratégicas:

- I. Diseñar e implementar metodologías para el registro, procesamiento, análisis y difusión de datos sobre determinantes sociales, prevalencia, trastornos mentales, consumo de sustancias, atención, rehabilitación, riesgo suicida, condiciones de internamiento y exclusión social;
- II. Sistematizar información sobre accesibilidad, calidad, cobertura, adherencia terapéutica, reincidencia, desinstitutionalización, procesos de inclusión comunitaria y atención diferenciada por grupos prioritarios;
- III. Mantener actualizada una base de datos estatal para identificar brechas territoriales, barreras de acceso, desigualdades estructurales y situaciones de riesgo o emergencia psicosocial;
- IV. Elaborar y publicar indicadores de impacto, resultado y proceso con enfoque de ciclo de vida, género, interculturalidad y equidad territorial, con periodicidad trimestral y anual;
- V. Facilitar el diseño, monitoreo y evaluación de estrategias específicas, incluyendo:
 - a) Prevención de Adicciones;
 - b) Vigilancia epidemiológica en adicciones en Establecimientos Residenciales, Centros Ambulatorios, Hospitales, Sistema Penitenciario, SEMEFO;
 - c) Prevención del suicidio;

- d) Mortalidad por suicidio;
 - e) Atención a personas con discapacidad psicosocial;
 - f) Salud mental escolar y universitaria;
 - g) Salud mental en contextos de encierro;
 - h) Atención a personas migrantes o en movilidad;
 - i) Intervenciones en comunidades rurales e indígenas; y
 - j) Salud mental en emergencias y crisis humanitarias.
- VI. Documentar, sistematizar y difundir buenas prácticas institucionales, comunitarias y escolares, así como innovaciones tecnológicas y sociales implementadas en el estado o en otras entidades;
- VII. Integrar un módulo especializado de seguimiento y alerta para personas en situación de riesgo suicida, con condiciones crónicas graves, de alta vulnerabilidad o baja adherencia terapéutica;
- VIII. Implementar sistemas de alerta temprana ante situaciones que afecten la salud mental de la población, como desastres, violencia, crisis económicas, pandemias, drogas emergentes;
- IX. Incorporar instrumentos de evaluación participativa, que recaben de manera periódica la experiencia de personas usuarias, familias, comunidades y personal de salud; y
- X. Producir informes públicos periódicos que integren análisis estadístico, narrativo, territorial y normativo, acompañados de recomendaciones de política pública.

Artículo 21. Características de la información.

Toda la información recabada deberá estar desagregada como mínimo por:

- a) Edad;
- b) Sexo;
- c) Identidad de género;
- d) Municipio y localidad;
- e) Pertenencia étnica;
- f) Condición de discapacidad;
- g) Nivel socioeconómico;
- h) Escolaridad;
- i) Situación jurídica y migratoria; y
- j) Régimen de aseguramiento.

La información deberá ser:

- I. Compatible con los sistemas nacionales e internacionales como SINAIS, Red Nacional de Información en Salud Mental, CONASAMA, SIPINNA, INEGI, ODS, OMS y CIDH;
- II. Protegida conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la legislación estatal y los principios de ética digital; y
- III. Presentada en formatos accesibles, públicos y comprensibles para personas tomadoras de decisiones, y ciudadanía en general.

Artículo 22. Sujetos obligados.

Están obligadas al registro y envío de información al Sistema:

- I. Todas las unidades, módulos, centros, servicios y establecimientos públicos, privados o sociales que ofrezcan atención en salud mental o adicciones en el Estado;

- II. Instituciones educativas, penitenciarias, de protección social, justicia o seguridad pública que desarrollen acciones relacionadas con salud mental o realicen detección de riesgos;
- III. Organizaciones de la sociedad civil que operen con recursos públicos en programas o servicios vinculados con la salud mental y adicciones;
- IV. Instituciones académicas y de investigación que realicen estudios con financiamiento público sobre salud mental y adicciones en el estado.

La omisión, falsedad o manipulación deliberada de la información constituirá falta grave y será sujeta a sanciones administrativas, civiles o penales, según corresponda.

Artículo 23. Plataforma Estatal de Información en Salud Mental y Adicciones.

El Sistema contará con una Plataforma Estatal de Información en Salud Mental y Adicciones, interoperable y digital, que:

- I. Brindará accesos diferenciados por perfil de población usuaria, ya sea institucional, técnico, académico o ciudadano.
- II. Incluirá tableros de indicadores dinámicos, mapas georreferenciados, reportes descargables y visualizaciones accesibles.
- III. Dispondrá de módulos para seguimiento de casos críticos, monitoreo territorial y consulta pública.

La plataforma integrará mecanismos para fomentar la participación ciudadana y comunitaria, tales como:

- a) Observatorios ciudadanos;
- b) Foros de consulta digital;
- c) Encuestas de satisfacción y experiencia usuaria; y
- d) Buzones virtuales de propuestas y denuncias.

Artículo 24. Comité Técnico Asesor del Sistema.

Se conformará un Comité Técnico Asesor del Observatorio y del Sistema de Alerta Temprana, con funciones de dictamen, validación metodológica, asesoría técnica y vigilancia ética, integrado por:

- I. Expertas y expertos en salud mental y adicciones, psiquiatría comunitaria, psicología clínica, epidemiología, bioética, salud pública y políticas sociales;
- II. Representantes de universidades, centros de investigación y redes técnicas de datos en salud;
- III. Personas usuarias de servicios de salud mental, adicciones y familiares, con representación paritaria;
- IV. Representantes de organismos internacionales o redes colaborativas en salud mental, previa invitación; y
- V. Una representación del Congreso del Estado (preferentemente de la Comisión de Salud), con voz, pero sin voto.

Este Comité:

- I. Validará anualmente el Informe Estatal de Salud Mental y Adicciones;
- II. Emitirá recomendaciones técnicas para la mejora del Sistema;
- III. Verificará el cumplimiento de principios éticos, normativos y de protección de datos; y
- IV. Promoverá estándares de calidad, interoperabilidad e innovación tecnológica.

**TÍTULO TERCERO
ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS**

**CAPÍTULO I
MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN**

Artículo 25. Reconocimiento del modelo comunitario como eje rector.

El Estado de Colima reconoce el modelo comunitario de atención en salud mental y adicciones como el eje rector para la organización, funcionamiento, evaluación y progresiva transformación de todos los servicios del Sistema Estatal de Salud Mental y Adicciones.

Este modelo está orientado a la promoción del bienestar psicosocial, la prevención, la atención integral, la rehabilitación, la inclusión social y la recuperación significativa de las personas con condiciones de salud mental, uso problemático de sustancias psicoactivas, discapacidad psicosocial u otras situaciones de vulnerabilidad.

Su implementación deberá sustentarse en los principios de:

- a) Equidad y justicia social;
- b) Participación significativa;
- c) Interculturalidad y pertinencia territorial;
- d) Perspectiva de género e interseccionalidad;
- e) Ciclo de vida y autonomía progresiva;
- f) Respeto, promoción y garantía de los derechos humanos; y
- g) Ética del cuidado, consentimiento informado y no coerción.

El modelo comunitario privilegia la vida en comunidad, la atención cercana al entorno cotidiano de la persona, el acompañamiento psicosocial desde una lógica de vínculo y sentido de vida, y rechaza cualquier forma de institucionalización prolongada, medicalización forzada o aislamiento estructural.

Artículo 26. Principios operativos del modelo comunitario.

Los servicios de salud mental y adicciones deberán ajustarse a los siguientes principios:

- I. Territorialidad: La atención será organizada en función de las realidades geográficas, sociales y culturales de cada comunidad, garantizando dispositivos accesibles, descentralizados, articulados con los centros de salud, escuelas, familias, redes vecinales y autoridades locales;
- II. Multidisciplinariedad e interprofesionalidad: El abordaje será realizado por equipos interdisciplinarios e interprofesionales, integrando conocimientos clínicos, psicológicos, sociales, educativos, jurídicos y comunitarios;
- III. Desinstitucionalización progresiva: Se impulsará la transformación, cierre y reconversión de hospitales psiquiátricos monovalentes y otros espacios de internamiento prolongado, sustituyéndolos por dispositivos comunitarios que promuevan la autonomía, el acompañamiento en libertad y la reintegración social;
- IV. Continuidad del cuidado: Los servicios deberán garantizar trayectorias asistenciales sostenidas, articuladas, flexibles y centradas en las necesidades y deseos de cada persona usuaria, sin interrupciones entre niveles ni fragmentación institucional; y
- V. Intersectorialidad e integralidad: El modelo se articulará con políticas públicas en salud, educación, cultura, deporte, empleo, justicia, vivienda, juventud y desarrollo social, con enfoque de determinantes sociales de la salud mental, de prevención de riesgos psicoemocionales y adicciones.

Artículo 27. Servicios y equipos comunitarios del modelo.

El modelo comunitario comprende, entre otros, los siguientes servicios y equipos:

- I. Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMAS): Unidades ambulatorias de primer y segundo nivel que ofrecen promoción, prevención, atención integral, orientación, tratamiento breve, rehabilitación y acompañamiento psicosocial;
- II. Brigadas de Salud Mental (equipos móviles y de intervención en crisis): Equipos territoriales multidisciplinarios para atención urgente en el entorno de la persona, disponibles en situaciones de riesgo suicida, crisis emocional, violencia o emergencias colectivas;
- III. Hogares con apoyo o residencias protegidas: Alternativas habitacionales para personas sin red familiar de apoyo, con procesos de autonomía supervisada, en contextos libres de coerción y con acompañamiento profesional;
- IV. Grupos de Apoyo Psicoemocional, Centros de día, clubes terapéuticos y redes de socialización: Espacios para la participación comunitaria, fortalecimiento de habilidades, proyectos de vida, redes afectivas, desarrollo cultural y sentido de pertenencia;
- V. Acompañamiento terapéutico y domiciliario: Estrategias personalizadas de vinculación entre la persona, sus entornos y el equipo de atención, promoviendo la inclusión activa en la vida cotidiana y la toma de decisiones informada; y

- VI. Redes comunitarias de cuidado y agentes comunitarios: Equipos comunitarios basados en la participación de personas promotoras comunitarios, líderes barriales, redes de apoyo mutuo y organizaciones de base, como componentes fundamentales del modelo de salud mental y adicciones territorializado.

Artículo 28. Enfoque de recuperación e inclusión social.

El modelo comunitario tendrá como objetivo central la recuperación significativa de las personas, entendida como un proceso subjetivo, colectivo, continuo y autodeterminado, que reconoce el derecho de cada persona a construir un proyecto vital pleno, con autonomía, vínculos, sentido y dignidad. Para ello, se deberán:

- I. Valorar la historia personal, la narrativa, las decisiones y los saberes populares de cada persona usuaria;
- II. Reconocer sus fortalezas, talentos, capacidades y deseos como punto de partida del proceso de atención;
- III. Garantizar el derecho a la vida en comunidad, al acceso a la educación, el trabajo, la cultura, el deporte, el ocio, la espiritualidad y los vínculos afectivos;
- IV. Prevenir y reparar las situaciones de violencia, exclusión, estigmatización o abandono institucional; y
- V. Incorporar modelos de apoyo para la toma de decisiones y garantizar el ejercicio pleno de la capacidad jurídica, conforme al artículo 12 de la CDPD.

Artículo 29. Prohibición de prácticas institucionalizadas y coercitivas.

Queda expresamente prohibida la utilización de prácticas institucionalizadas, coercitivas o degradantes, que vulneren la dignidad, autonomía y derechos de las personas con condiciones de salud mental o discapacidad psicosocial.

Se consideran contrarias al modelo comunitario:

- I. Internamientos prolongados sin consentimiento libre, informado y revisable;
- II. Aislamiento forzoso o encierro como medida terapéutica ordinaria;
- III. Contención mecánica o farmacológica sin justificación clínica, supervisión ética y revisión inmediata;
- IV. Esterilización forzada o procedimientos médicos irreversibles sin consentimiento válido;
- V. Tratamientos realizados sin brindar información clara, accesible, culturalmente pertinente ni con participación activa de la persona;
- VI. Negación sistemática de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica; y
- VII. Cualquier forma de trato cruel, inhumano, humillante, degradante, en cualquier espacio de atención.

CAPÍTULO II

SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Artículo 30. Enfoque de atención.

Los servicios de salud mental y adicciones en el primer nivel de atención del Sistema Estatal deberán organizarse e implementarse observando en todo momento los principios que rigen la presente Ley.

Dichos servicios se orientarán a la promoción del bienestar emocional, la prevención de riesgos psicosociales, la detección oportuna, la intervención temprana, el acompañamiento no medicalizante y la atención integral centrada en la persona.

Se deberá asegurar su integración funcional y territorial a la red general de servicios de salud, en estrecha articulación intersectorial con los ámbitos educativo, comunitario, laboral, judicial, social y cultural, evitando enfoques fragmentados, hospitales céntricos o exclusivamente biomédicos.

Artículo 31. Acciones mínimas obligatorias.

Toda unidad de salud de primer nivel deberá implementar al menos las siguientes acciones:

- I. Actividades de promoción del bienestar emocional, habilidades para la vida, vínculos saludables, autocuidado colectivo y cuidado del entorno social;
- II. Prevención del suicidio, trastornos mentales comunes, violencia, uso problemático de sustancias psicoactivas y estigmatización, con enfoque específico para, niñas, niños y adolescentes, juventudes, personas adultas mayores,

personas LGBTIQ+, población indígena, personas en situación de calle, personas en situación migrante o en reclusión, personas con discapacidad psicosocial o intelectual;

- III. Evaluación inicial, orientación e intervención psicológica breve basada en evidencia y protocolos validados;
- IV. Detección y seguimiento de factores psicosociales de riesgo: violencia, pobreza, consumo de sustancias psicoactivas, duelo, problemas conductuales, desempleo, sufrimiento emocional por desigualdad estructural, discriminación o trauma social;
- V. Atención oportuna en crisis psicoemocionales, con protocolos de respuesta y articulación con servicios o equipos comunitarios o de segundo nivel cuando sea necesario;
- VI. Atención específica en salud mental perinatal: tamizaje, acompañamiento a personas gestantes con sufrimiento emocional, prevención de depresión postparto y apoyo a vínculos tempranos;
- VII. Participación de pares, personas promotoras o agentes comunitarias y redes familiares, integradas como parte de las acciones de promoción, prevención y seguimiento; y
- VIII. Coordinación intersectorial con redes locales, centros escolares, unidades de justicia alternativa, centros de día, refugios, albergues, casas hogar y organizaciones de la sociedad civil.

Artículo 32. Capacitación y formación continua.

La Secretaría de Salud del Estado a través de la CESMAC, en coordinación con instituciones de educación superior, colegios profesionales y organizaciones civiles, deberá garantizar programas permanentes de capacitación y actualización del personal de primer nivel de atención en:

- I. Salud mental comunitaria e integral;
- II. Identificación de signos de alarma;
- III. Abordaje no coercitivo de crisis y primeros auxilios psicológicos;
- IV. Prevención del suicidio y atención posvención;
- V. Enfoque de género, violencia familiar y salud mental en víctimas;
- VI. Acompañamiento psicosocial no patologizante;
- VII. Interculturalidad, derechos humanos y trato digno;
- VIII. Prevención, detección y atención de adicciones; y
- IX. Demás temas que sean esenciales para cumplir con los objetivos de la atención integral y multidisciplinaria de la Salud Mental y las Adicciones.

Artículo 33. Articulación con redes comunitarias y equipos intersectoriales.

Los servicios de salud mental del primer nivel deberán establecer vínculos efectivos y continuos con:

- I. Servicios y equipos comunitarios: Brigadas de Salud Mental, centros de día, redes de pares, grupos de apoyo psicoemocional, clubes terapéuticos, casas de medio camino y redes barriales;
- II. Instituciones educativas de todos los niveles, desde educación inicial hasta universidad;
- III. Unidades de seguridad pública, prevención de violencia, justicia restaurativa, defensorías y sistemas de protección de derechos;
- IV. Servicios de desarrollo social, empleo, deporte, cultura, protección civil y atención a emergencias; y
- V. Programas específicos dirigidos a personas en situación de calle, privadas de libertad, víctimas de desaparición, personas con discapacidad psicosocial o afectaciones neurocognitivas.

Artículo 34. Evaluación participativa y mejora continua.

Se deberán establecer mecanismos permanentes de evaluación, supervisión y mejora continua de los servicios de salud mental en el primer nivel de atención.

Esta evaluación incluirá:

- I. Indicadores de calidad, accesibilidad, equidad, oportunidad, continuidad del cuidado y eficacia terapéutica;

- II. Medición de la satisfacción usuaria y experiencia de atención, mediante encuestas, entrevistas y foros comunitarios;
- III. Participación de personas usuarias, familiares y colectivos sociales en los procesos de evaluación y auditoría social; y
- IV. Supervisión ética de las intervenciones, respetando la dignidad, autonomía y voluntad de las personas atendidas.

CAPÍTULO III

DE LOS EQUIPOS COMUNITARIOS Y MÓVILES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Artículo 35. Naturaleza, principios y objetivos.

Los equipos comunitarios y móviles de atención en salud mental y adicciones son estructuras operativas territorializadas, descentralizadas y no institucionalizadas, cuyo objetivo es acercar los servicios a las personas en sus entornos cotidianos, fortaleciendo el tejido social, la autonomía y el acompañamiento psicosocial continuo.

Estos dispositivos forman parte integral del Sistema Estatal de Salud Mental y Adicciones, y deben ser concebidos como mecanismos flexibles, adaptables y participativos que operan bajo los principios de:

- I. Proximidad territorial y pertinencia cultural.
- II. Intersectorialidad, corresponsabilidad y articulación con redes comunitarias.
- III. Participación significativa de personas usuarias, familias y colectivos sociales.
- IV. Autonomía, consentimiento informado y rechazo de prácticas coercitivas.
- V. Prevención, cuidado mutuo, promoción de la salud y reintegración social.
- VI. Perspectiva de género, ciclo de vida, discapacidad e interculturalidad.

Su propósito es contribuir a la desinstitucionalización efectiva, la atención integral, el bienestar comunitario y la transformación de los determinantes sociales del sufrimiento psicosocial.

Artículo 36. Tipología de equipos comunitarios y móviles.

- I. El Sistema Estatal deberá fomentar, consolidar y ampliar la operación de los siguientes equipos:
- II. Módulos de Salud Mental: Centros de Atención Psicosocial Comunitaria, los cuales son espacios de atención interdisciplinaria y ambulatoria, ubicados en zonas urbanas, suburbanas o rurales, que ofrecen escucha activa, orientación, atención individual, familiar y grupal, articulación con redes locales y participación en actividades comunitarias. Su diseño debe ser participativo y adaptable a la realidad socioterritorial.
- III. Brigadas Comunitarias de Salud Mental: Equipos Móviles de Atención Comunitaria, Grupos itinerantes interprofesionales que ofrecen atención en contextos de alta vulnerabilidad: domicilios, comunidades indígenas, escuelas, albergues, centros de reclusión, refugios, casas hogar, zonas rurales o urbanas marginalizadas. Su objetivo es atender en el lugar donde ocurre la demanda, respetando la lógica del territorio.
- IV. Casas de medio camino o de transición: Espacios residenciales temporales, no medicalizados, diseñados para personas que egresan de un proceso de hospitalización o internamiento, sin redes familiares o comunitarias suficientes. Su función es apoyar procesos de reinserción social, familiar, comunitaria y laboral.
- V. Grupos de Apoyo Psicoemocional o Redes de pares y acompañamiento entre iguales: Grupos organizados de personas con experiencia vivida en salud mental o adicciones, que ofrecen apoyo emocional, orientación, acompañamiento cotidiano, estrategias de cuidado mutuo y fortalecimiento del protagonismo y la autodeterminación.
- VI. Personas promotoras o agentes comunitarios de apoyo psicoemocional: Equipos de bajo umbral o brigadas de apoyo psicoemocional instalados en espacios escolares, comunitarios, vecinales o de salud, que permiten realizar primeros auxilios psicológicos, escucha empática, referencia oportuna y promoción del bienestar emocional.

Artículo 37. Funciones de los equipos comunitarios y móviles.

Los equipos comunitarios y móviles deberán cumplir, entre otras, las siguientes funciones:

- I. Brindar atención integral, cercana y personalizada a personas con sufrimiento psicosocial, trastornos mentales, consumo problemático de sustancias o discapacidad psicosocial.

- II. Intervenir tempranamente en situaciones de exclusión, violencia, consumo, desprotección social, riesgo suicida, trauma colectivo o catástrofes.
- III. Articular redes de cuidado comunitario, incluyendo personas usuarias, promotoras de salud, familias, personas cuidadoras, personas líderes comunitarias, redes barriales y organizaciones de base.
- IV. Facilitar procesos de desinstitucionalización, evitando hospitalizaciones innecesarias y promoviendo el egreso efectivo, seguro y acompañado de personas que han vivido procesos de internamiento prolongado.
- V. Coordinarse con instituciones del sector salud, educativo, justicia, desarrollo social, cultura, deporte, juventud, seguridad pública y vivienda, mediante una lógica intersectorial y de abordaje integral de los determinantes sociales.
- VI. Acompañar procesos de duelo, trauma, afectaciones psicosociales por violencia estructural, desaparición de personas, desplazamiento forzado o catástrofes.

Artículo 38. Criterios operativos y garantías de funcionamiento.

Para su operación efectiva, los equipos comunitarios y móviles deberán:

- I. Contar con equipos interdisciplinarios capacitados en salud mental comunitaria y adicciones, con inclusión de personas con experiencia vivencial, pares y agentes locales.
- II. Implementar protocolos de actuación no coercitivos, sin medidas restrictivas de derechos, basados en la ética del cuidado, el consentimiento informado y el acompañamiento respetuoso.
- III. Asegurar accesibilidad física, territorial, lingüística y cultural, con adecuaciones específicas para comunidades indígenas, rurales, migrantes o en situación de calle.
- IV. Desarrollar procesos de evaluación participativa, retroalimentación comunitaria y vigilancia ciudadana, incluyendo mecanismos para la recepción de quejas, sugerencias y propuestas de mejora.
- V. Diseñar e implementar planes personalizados de acompañamiento psicosocial, en articulación con el primer nivel de atención, evitando la duplicación de esfuerzos o fragmentación institucional.
- VI. Documentar buenas prácticas y sistematizar procesos innovadores de atención comunitaria para su escalamiento o replicación en otros territorios.

CAPÍTULO IV **ATENCIÓN INTEGRAL EN HOSPITALES GENERALES**

Artículo 39. Principios rectores de la atención en salud mental y adicciones en hospitales generales.

Los hospitales generales del Estado de Colima deberán garantizar la integración efectiva de la salud mental y adicciones como parte inseparable de la salud general, incorporando servicios especializados de atención bajo un enfoque de:

- a) Atención primaria ampliada;
- b) Modelo comunitario y no institucionalizada;
- c) Interdisciplinariedad;
- d) Derechos humanos y perspectiva de género; y
- e) Ciclo de vida, interculturalidad y equidad territorial.

La atención en salud mental y adicciones en estos hospitales deberá asegurar:

- I. El respeto a la autonomía, dignidad, consentimiento libre e informado y capacidad jurídica de las personas usuarias;
- II. La intervención oportuna, ética y sin prácticas coercitivas, punitivas, de aislamiento o sujeción innecesaria;
- III. La articulación funcional con equipos del primer nivel, centros comunitarios y redes de apoyo locales; y
- IV. La continuidad del cuidado y el acompañamiento poshospitalario, evitando rupturas en el proceso de atención.

Artículo 40. Obligaciones de los hospitales generales.

Los hospitales generales deberán cumplir con las siguientes obligaciones:

- I. Incorporar equipos interdisciplinarios de salud mental en sus servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa, incluyendo personas profesionales en psicología, psiquiatría, enfermería en salud mental, trabajo social,

acompañantes pares, y en su caso, personal de traducción e intérprete. En su caso deberán contar con personal profesional capacitado en salud mental y adicciones.

- II. Establecer unidades de enlace en salud mental, que funcionen como núcleos de articulación con otros niveles del sistema y con redes comunitarias de atención.
- III. Implementar protocolos clínicos intersectoriales e integrados para:
 - a) Atención a personas con crisis psicosociales (Código Morado);
 - b) Intento suicida o riesgo suicida (Código 100);
 - c) Priorización en la atención de urgencias por trastornos mentales, riesgo o intento suicida, intoxicación o síndrome de abstinencia por sustancias psicoactivas (Triage de Salud Mental);
 - d) Episodios agudos de trastornos mentales (Código Morado); y
 - e) Consumo problemático, intoxicación o síndrome de abstinencia por sustancias psicoactivas.
- IV. Garantizar intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales junto al tratamiento farmacológico, evitando la medicalización excesiva o no consensuada;
- V. Promover la presencia y participación de redes familiares y comunitarias durante la atención, cuando sea compatible con la voluntad y bienestar de la persona usuaria.

Artículo 41. Criterios de hospitalización breve y no institucionalizada.

La hospitalización en salud mental deberá ser una medida de carácter:

- I. Extraordinario y transitorio, justificado clínicamente, evaluado de manera continua e informado por un equipo interdisciplinario;
- II. Realizado únicamente en hospitales generales, evitando la referencia a hospitales psiquiátricos monovalentes, salvo en casos excepcionales y bajo revisión judicial;
- III. Garantizando espacios dignos, sin aislamiento forzoso ni medidas punitivas, con libertad de movimiento dentro del área hospitalaria y posibilidad de contacto con redes afectivas;
- IV. Basado en el consentimiento informado y participación activa de la persona, incluyendo su derecho a rechazar el tratamiento y contar con apoyos para la toma de decisiones; y
- V. Acompañado de un plan de egreso interdisciplinario, que asegure la articulación con servicios comunitarios, seguimiento ambulatorio, apoyos sociales y dispositivos de inclusión.

Artículo 42. Coordinación interinstitucional y continuidad del cuidado.

Los hospitales generales deberán:

- I. Establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia efectivos con centros de salud, CECOSAMAS, Brigadas de Salud Mental y equipos móviles, refugios, instituciones educativas y redes de protección;
- II. Crear o fortalecer redes de atención intersectorial para garantizar la continuidad de cuidado tras el egreso hospitalario;
- III. Implementar sistemas de seguimiento psicosocial y comunitario posterior al egreso, especialmente en personas con intentos suicidas, consumo problemático de sustancias psicoactivas, víctimas de violencia o personas sin redes de apoyo; y
- IV. Facilitar el acceso a recursos comunitarios para la reintegración educativa, laboral, social y cultural de las personas egresadas, considerando sus intereses, contextos y capacidades.

Artículo 43. Formación y sensibilización del personal de salud general.

La Secretaría de Salud deberá garantizar programas obligatorios, permanentes y evaluables de capacitación, sensibilización y actualización del personal médico, de enfermería, administrativo y técnico hospitalario en:

- I. Primeros auxilios psicológicos y contención emocional;
- II. Prevención e intervención humanitaria en crisis psicoemocionales;
- III. Derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial y condiciones de salud mental;

- IV. Enfoques diferenciales: género, ciclo de vida, interculturalidad, diversidad sexual, condiciones de migración o reclusión;
- V. Comunicación empática, escucha activa, acompañamiento ético y abordajes no coercitivos; y
- VI. Protocolos del Código 100 y criterios clínicos comunitarios para la toma de decisiones compartida.

Artículo 44. Fomento, evaluación y mejora continua.

La Secretaría de Salud, a través del Comando Estatal e Interinstitucional del Sector Salud (CEISS) en coordinación con la CESMAC, deberá implementar mecanismos participativos y técnicos de fomento, monitoreo y evaluación de los servicios de salud mental y adicciones en hospitales generales en base al Modelo de Atención de la Salud Mental y Adicciones en Segundo Nivel, considerando:

- I. Indicadores de calidad, satisfacción usuaria y accesibilidad cultural y territorial;
- II. Tiempos de respuesta y efectividad de la atención en urgencias y hospitalización;
- III. Número de egresos con plan de continuidad vinculado a servicios comunitarios;
- IV. Reducción de internamientos prolongados, coercitivos o evitables;
- V. Transparencia en el uso de recursos y adecuación de protocolos de atención; y
- VI. Evaluación cualitativa mediante encuestas, entrevistas y auditoría social, con participación de personas usuarias, familiares y redes comunitarias.

CAPÍTULO V

PROTOCOLO PARA SITUACIONES DE CRISIS SIN INSTITUCIONALIZACIÓN

Artículo 45. Enfoque de atención a las crisis psicosociales.

La atención a situaciones de crisis deberá implementarse bajo un modelo comunitario, de derechos humanos, libre de coerción y centrado en la persona, evitando la institucionalización innecesaria. Este enfoque considera:

- I. El respeto a la autonomía de las personas, priorizando el consentimiento informado y la participación activa en la toma de decisiones;
- II. La intervención temprana en entornos comunitarios y familiares;
- III. La articulación efectiva con redes de apoyo, servicios comunitarios y pares acompañantes; y
- IV. La no medicalización como primera respuesta ante situaciones de sufrimiento psicosocial.

Artículo 46. Activación del protocolo comunitario de crisis mediante el Centro de Psicoorientación Telefónica Línea de la Vida del Estado.

Toda persona, familia o institución que identifique una crisis psicosocial podrá activar el Protocolo Comunitario de Atención a Crisis a través del 911 que está enlazado al Centro de Psicoorientación Telefónica Línea de la Vida del Estado, el cual incluirá:

- I. La movilización de un equipo de intervención comunitaria o Brigada de Salud Mental, compuesto por profesionales de salud mental, trabajo social y acompañantes pares;
- II. La evaluación contextualizada de la situación, considerando factores sociales, culturales, familiares y estructurales; y
- III. La intervención in situ (domicilio, espacio comunitario, institución educativa o laboral) para contener emocionalmente, evaluar riesgos, y acordar estrategias de manejo.

Artículo 47. Acciones prioritarias del equipo de intervención en crisis.

Durante la atención de crisis, el equipo deberá:

- I. Brindar contención emocional inmediata y establecer un vínculo empático y no directivo;
- II. Identificar factores de riesgo (suicidio, violencia, consumo de sustancias) y factores de protección;
- III. Diseñar un plan de atención individualizado junto con la persona usuaria y su red de apoyo;
- IV. Evitar en todo momento prácticas de encierro, contención física, coerción o traslado forzado; y

V. Articular la atención con servicios ambulatorios, comunitarios y familiares disponibles.

Artículo 48. Plan individual de crisis.

Cada intervención deberá culminar en un Plan Individual de Crisis o Plan de Seguridad, el cual contendrá:

- I. Estrategias acordadas para el autocuidado y la regulación emocional;
- II. Personas de contacto y redes de apoyo comunitarias y familiares;
- III. Servicios de salud y sociales a los que se canalizará voluntariamente; y
- IV. Compromisos de seguimiento por parte del equipo profesional y la persona usuaria.

Artículo 49. Seguimiento comunitario y evaluación del riesgo.

Posterior a la crisis, se garantizará el acompañamiento continuo a través de:

- I. Visitas domiciliarias o encuentros en espacios comunitarios acordados;
- II. Monitoreo de síntomas, adherencia a tratamientos y condiciones sociales;
- III. Acompañamiento de pares con experiencia en recuperación psicosocial;
- IV. Revisión y adaptación del Plan Individual de Crisis según evolución; y
- V. Evaluación del riesgo de recurrencia y fortalecimiento de redes de apoyo.

Artículo 50. Garantías de no coerción ni institucionalización.

Queda estrictamente prohibido:

- I. El uso de medios de coerción física, farmacológica o legal sin consentimiento informado;
- II. El traslado forzoso de personas a instituciones psiquiátricas como forma de control;
- III. La medicalización como única respuesta sin evaluación integral;
- IV. La intervención de cuerpos de seguridad sin la participación de equipos comunitarios; y
- V. La vulneración de derechos humanos, privacidad y confidencialidad.

Artículo 51. Coordinación interinstitucional para la gestión de crisis.

La Secretaría de Salud a través de la CESMAC, en coordinación con las instituciones de educación, seguridad pública, procuración de justicia y desarrollo social, establecerá:

1. Protocolos interinstitucionales de actuación respetuosa y no institucionalizada;
2. Equipos móviles de intervención comunitaria en crisis;
3. Rutas de derivación y acompañamiento para personas en riesgo psicosocial;
4. Capacitación continua en primeros auxilios psicológicos y desescalamiento; y
5. Participación de personas con experiencia vivida y organizaciones sociales.

TÍTULO CUARTO POBLACIONES ESPECÍFICAS

CAPÍTULO I DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL POR GRUPO DE EDAD Y VULNERABILIDAD

Artículo 52. Este capítulo tiene por objeto establecer las disposiciones específicas para garantizar la atención diferenciada, integral y con enfoque de derechos humanos en materia de salud mental a las personas pertenecientes a grupos en situación de vulnerabilidad o con necesidades particulares derivadas de su grupo etario.

Artículo 53. Principios rectores.

La atención a las personas en situación de vulnerabilidad o por grupo de edad deberá regirse bajo los siguientes principios:

- I. Enfoque de curso de vida: Considerar las características y necesidades psicosociales de cada etapa del desarrollo humano;

- II. Enfoque de derechos humanos;
- III. Enfoque de género e interculturalidad; e
- IV. Inclusión y participación comunitaria: Fomentar la integración social, laboral, educativa y familiar.

Artículo 54. La atención en salud mental a la niñez y adolescencia será prioritaria, especializada y multidisciplinaria, y deberá garantizar:

- I. El acceso a servicios oportunos, seguros y adecuados para su desarrollo;
- II. Programas de promoción del bienestar emocional y prevención de riesgos psicosociales en entornos escolares y comunitarios;
- III. La participación de madres, padres o tutores en los procesos terapéuticos, excepto cuando ello represente un riesgo para el menor;
- IV. El respeto a su derecho a la educación, recreación y protección durante tratamientos o internamientos; y
- V. Valoraciones clínicas en contextos diferenciados por edad, con personal capacitado en infancia y adolescencia.

Artículo 55. Las instituciones deberán desarrollar protocolos de atención a mujeres y personas gestantes en situación de embarazo, puerperio o menopausia que contemple:

- I. La detección oportuna de trastornos mentales perinatales y relacionados con los cambios hormonales en el ciclo vital;
- II. La provisión de atención psicológica y psiquiátrica especializada con enfoque de género y libre de estigmas;
- III. El acompañamiento familiar y comunitario durante el embarazo y el posparto; y
- IV. La articulación con servicios de salud sexual y reproductiva y violencia de género.

Artículo 56. Las personas adultas mayores con trastornos mentales tienen derecho a una atención específica que considere:

- I. Su historia de vida, autonomía y capacidad funcional;
- II. La integración de equipos gerontológicos y de salud mental para la atención integral;
- III. La promoción de la salud mental en centros comunitarios y residencias;
- IV. Estrategias para evitar la medicalización excesiva, institucionalización y aislamiento social; y
- V. La implementación de programas de envejecimiento saludable y redes comunitarias de cuidado.

Artículo 57. En atención a personas con discapacidad psicosocial o intelectual, se deberá garantizar:

- I. El acceso a servicios adaptados y sin barreras físicas, comunicacionales o actitudinales;
- II. La participación de personas usuarias y/o sus representantes en la construcción de sus planes terapéuticos;
- III. El respeto a su capacidad jurídica conforme a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad;
- IV. Programas de inclusión educativa, social y laboral; y
- V. Protección contra internamientos prolongados, terapias coercitivas y privación arbitraria de libertad.

Artículo 58. Las personas en situación de calle con necesidades en atención a su salud mental deberán contar con:

- I. Estrategias de abordaje comunitario, flexible y sin condiciones previas;
- II. Atención a las causas estructurales como la exclusión social, la pobreza y las violencias vividas;
- III. Servicios móviles, albergues con acompañamiento psicosocial y derivación a redes comunitarias; y
- IV. Acciones interinstitucionales con derechos a vivienda, empleo y salud integral.

Artículo 59. Se brindará atención especializada en salud mental a personas afectadas por fenómenos naturales, violencia armada, desplazamiento forzado o desastres sociales, incluyendo:

- I. Primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis y seguimiento psicosocial;
- II. Dispositivos móviles de atención inmediata con equipos interdisciplinarios;

- III. Estrategias de apoyo emocional comunitario con enfoque psicosocial; y
- IV. Respeto a la identidad cultural, costumbres, idioma y contexto social de las personas afectadas.

Artículo 60. Las personas privadas de libertad tendrán derecho a:

- I. Servicios de salud mental, prevención y tratamiento de las adicciones al interior de centros penitenciarios, con condiciones dignas y de confidencialidad.
- II. Evaluaciones periódicas e intervención oportuna ante sintomatología aguda o crónica.
- III. Acceso a programas de reinserción con enfoque en salud mental, prevención y tratamiento de adicciones, y de derechos humanos.
- IV. Prevención de tortura, tratos crueles y aislamiento prolongado.

Artículo 61. El sistema de salud mental y adicciones deberá respetar la cosmovisión y prácticas tradicionales de salud de pueblos originarios, comunidades indígenas y personas afrodescendientes, garantizando:

- I. Intérpretes o mediadores interculturales durante la atención;
- II. La incorporación progresiva de saberes ancestrales compatibles con los derechos humanos;
- III. La no patologización de prácticas culturales; y
- IV. Programas de salud mental comunitaria y prevención de adicciones adaptados lingüística y culturalmente.

Artículo 62. Las instituciones públicas, sociales y privadas que presten servicios de salud mental y adicciones en el Estado de Colima deberán garantizar la atención integral, libre de estigmas, discriminación y violencia, a las personas pertenecientes a la diversidad sexual y de género, asegurando el pleno respeto a su identidad, expresión de género y orientación sexual.

Para ello, se deberán observar los siguientes principios y acciones:

- I. Promover un enfoque afirmativo, libre de patologización y centrado en derechos humanos en la atención a personas LGBTIQ+, garantizando el acceso igualitario y respetuoso a todos los niveles de atención en salud mental.
- II. Capacitar de manera obligatoria y continua al personal de salud mental y adicciones en perspectiva de género, diversidad sexual, interseccionalidad y no discriminación, conforme a los estándares internacionales de derechos humanos.
- III. Diseñar e implementar protocolos específicos para la atención a personas LGBTIQ+, con especial atención a las juventudes, personas trans, no binarias y aquellas en situación de calle, privación de libertad o desplazamiento forzado.
- IV. Generar condiciones institucionales para prevenir y sancionar cualquier forma de violencia simbólica, psicológica, institucional o física ejercida contra personas LGBTIQ+ en los servicios de salud mental.
- V. Incorporar estrategias de atención psicosocial, acompañamiento comunitario y espacios seguros, que promuevan la salud mental desde la afirmación identitaria y el fortalecimiento de redes de apoyo.
- VI. Garantizar el acceso a servicios de salud mental y adicciones sin requerimientos que vulneren la identidad o expresión de género de la persona usuaria, incluyendo el respeto al nombre y pronombres autoasignados.

CAPÍTULO II

DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE INSTITUCIONALIZACIÓN

Artículo 63. Este capítulo tiene por objeto establecer las bases normativas para garantizar la atención integral, con enfoque de derechos, perspectiva neuropsicológica y enfoque diferenciado de infancia, a niñas, niños y adolescentes (NNA) en situación de institucionalización, albergados en centros de asistencia social u otras modalidades residenciales, públicas o privadas, dentro del Estado de Colima.

Artículo 64. La atención en salud mental a NNA institucionalizados se regirá por los siguientes principios:

- I. Interés superior de la niñez.
- II. Derecho a vivir en familia: La institucionalización será medida de último recurso, temporal y sujeta a revisión judicial periódica.

- III. No discriminación por origen, género, discapacidad, situación migratoria, ni situación jurídica.
- IV. Participación de niñas, niños y adolescentes según su edad y grado de madurez.
- V. Atención centrada en el vínculo: Toda atención deberá favorecer vínculos afectivos seguros y estables.
- VI. Enfoque neurodesarrollativo: Las intervenciones deberán considerar el impacto del trauma temprano, negligencia, separación y privación emocional en el desarrollo cerebral.
- VII. Desinstitucionalización progresiva: Las autoridades competentes deberán establecer rutas para promover entornos familiares y comunitarios.

Artículo 65. Toda niña, niño o adolescente ingresado en una institución residencial deberá contar, en un plazo no mayor a 30 días, con una evaluación integral interdisciplinaria que contemple:

- I. Historia de vida, antecedentes médicos, familiares, sociales y educativos;
- II. Evaluación del desarrollo neuropsicológico, emocional y de salud mental;
- III. Diagnóstico y plan de intervención individualizado con objetivos de corto, mediano y largo plazo;
- IV. Determinación del tipo de cuidado requerido y alternativas familiares o comunitarias disponibles.

Artículo 66. Las instituciones deberán garantizar intervención terapéutica especializada de la siguiente manera:

- I. Acceso regular a atención psicológica, psiquiátrica y terapias complementarias con enfoque de trauma y apego;
- II. Acompañamiento terapéutico grupal y comunitario que fortalezca el sentido de pertenencia, identidad y vínculos saludables;
- III. Protocolos de intervención para trastornos de conducta, ideación suicida, autolesiones, depresión, ansiedad, estrés postraumático complejo y otras alteraciones comunes en población institucionalizada;
- IV. Acceso a atención neuropsicológica cuando existan alteraciones del desarrollo o déficits cognitivos.

Artículo 67. Garantías de los Derechos Humanos y Condiciones de Entorno.

- I. Las instituciones deberán garantizar entornos físicos, emocionales y sociales seguros, con condiciones de higiene, privacidad, alimentación adecuada y espacios de expresión y juego;
- II. Toda forma de aislamiento, castigo físico o psicológico, coerción o medicación sin consentimiento informado estará prohibida;
- III. Los NNA deberán mantener contacto con sus familiares o redes afectivas significativas, salvo contraindicación judicial o médica;
- IV. Tendrán derecho a ser informados de manera comprensible sobre su situación jurídica, diagnósticos, tratamiento y alternativas de vida.

Artículo 68. La Secretaría de Salud a través de la CESMAC, en coordinación con el Sistema Estatal de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA), deberá:

- I. Establecer un sistema de monitoreo y evaluación permanente de la salud mental de los NNA institucionalizados;
- II. Garantizar la formación continua del personal de casas hogar en salud mental infantil, trauma complejo, cuidados sensibles al vínculo, y primeros auxilios psicológicos;
- III. Incorporar los resultados de dichas evaluaciones en planes de mejora institucional y en la definición de políticas públicas intersectoriales.

Artículo 69. La atención integral deberá articularse con los siguientes actores:

- I. Sistema DIF Estatal y Municipales;
- II. Fiscalía General, para garantizar procesos penales o de protección libres de revictimización;
- III. Poder Judicial del Estado, para supervisar la legalidad y pertinencia del acogimiento residencial;
- IV. Instituciones educativas y culturales, para garantizar el acceso efectivo a educación, arte y deporte;

- V. Sociedad civil, organizaciones comunitarias y familias solidarias para impulsar procesos de desinstitucionalización y alternativas de cuidado familiar.

Artículo 70. Además de los derechos reconocidos en los capítulos anteriores, se garantizará a toda niña, niño o adolescente institucionalizado:

- I. El derecho a ser tratado como sujeto de derechos y no como objeto de protección;
- II. El derecho a la permanencia mínima necesaria en instituciones, evitando la institucionalización prolongada o indefinida;
- III. El derecho a expresar sus opiniones y que estas sean tomadas en cuenta en todo procedimiento que les afecte;
- IV. El derecho a vivir en condiciones que fomenten el desarrollo integral, afectivo y cognitivo;
- V. El derecho a la protección contra toda forma de abuso, negligencia o explotación dentro de la institución;
- VI. El derecho a la salud mental en entornos respetuosos de su autonomía progresiva, privacidad y bienestar emocional.

TÍTULO QUINTO ÁMBITOS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN

CAPÍTULO I DE LA DETECCIÓN, PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y POSVENCIÓN DEL SUICIDIO

Artículo 71. El presente capítulo tiene por objeto establecer las bases y directrices para la detección oportuna, prevención, atención integral y posversión del suicidio en el Estado de Colima, garantizando el respeto a los derechos humanos, la dignidad de las personas y la no discriminación, con un enfoque comunitario, intercultural, de género y de ciclo de vida.

Artículo 72. Para efectos de este capítulo, se entenderá por:

- I. Conducta Suicida: Toda acción mediante la cual una persona se causa daño a sí misma con el propósito de poner fin a su vida;
- II. Prevención del Suicidio: Conjunto de estrategias, programas y acciones dirigidas a reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección asociados al suicidio;
- III. Posversión: Intervenciones dirigidas a las personas afectadas por la pérdida de un ser querido por suicidio, con el fin de mitigar el impacto psicológico y prevenir efectos adversos en su salud mental; y
- IV. Código 100: Protocolo de atención inmediata para personas en riesgo suicida, que establece procedimientos específicos en los servicios de salud para la evaluación y manejo oportuno de estos casos.

Artículo 73. Responsabilidades Institucionales.

- I. La Secretaría de Salud del Estado de Colima a través de la CESMAC será la autoridad rectora en la implementación de políticas y programas relacionados con la prevención, atención y posversión del suicidio, en coordinación con otras dependencias y entidades de la administración pública estatal y municipal.
- II. Se establecerá un Comité Estatal para la Prevención del Suicidio coordinado por la CESMAC, integrado por representantes de instituciones gubernamentales, académicas, organizaciones de la sociedad civil y expertos en la materia, con el propósito de coordinar, supervisar y evaluar las acciones emprendidas.

Artículo 74. Detección y Prevención.

- I. Se implementarán programas de capacitación continua dirigidos al personal de salud, educación, seguridad pública, primeros respondientes y equipos de atención prehospitalaria y otros sectores relevantes, para la identificación temprana de factores de riesgo y señales de alerta de la conducta suicida;
- II. Se desarrollarán campañas de sensibilización y educación dirigidas a la población general, con énfasis en grupos vulnerables, para promover la salud mental, reducir el estigma asociado al suicidio y fomentar la búsqueda de ayuda profesional; y
- III. Se fortalecerán los factores de protección comunitarios mediante la promoción de actividades recreativas, deportivas, culturales y de integración social, que contribuyan al bienestar emocional y la cohesión social.

Artículo 75. Atención Integral.

- I. Los servicios de salud de las instituciones que conforman el Sistema Estatal de Salud, deberán contar con protocolos actualizados para la evaluación y manejo de personas en riesgo suicida, incluyendo la activación del Código 100 en los casos que así lo requieran;
- II. Se garantizará el acceso a servicios de atención psicológica y psiquiátrica de calidad, oportunos y gratuitos, para personas en riesgo suicida y sus familias, asegurando la continuidad del cuidado y el seguimiento adecuado; y
- III. Se promoverá la integración de equipos multidisciplinarios en las unidades de salud, conformados por profesionales de la psicología, psiquiatría, trabajo social y otras disciplinas afines, para brindar una atención integral y personalizada.

Artículo 76. Posvención.

- I. Se brindará apoyo psicológico y acompañamiento a familiares y personas cercanas a quienes hayan fallecido por suicidio, con el fin de facilitar el proceso de duelo y prevenir posibles afectaciones en su salud mental;
- II. Se establecerán grupos de apoyo psicoemocional y redes comunitarias para personas en duelo por suicidio, promoviendo espacios seguros de expresión y contención emocional; y
- III. Se implementarán acciones de seguimiento y monitoreo a las personas afectadas, para identificar y atender oportunamente posibles riesgos o necesidades adicionales.

Artículo 77. Información, Evaluación y Rendición de Cuentas.

- I. Se desarrollará y mantendrá actualizado un sistema de información estatal sobre suicidio dentro del Observatorio Estatal de Salud Mental y Adicciones, que permita la recolección, análisis y difusión de datos relevantes para la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas;
- II. Se realizarán evaluaciones periódicas de los programas y acciones implementados, con el propósito de medir su eficacia, eficiencia e impacto, y realizar las adecuaciones necesarias; y
- III. Las instituciones responsables rendirán informes anuales sobre los avances, retos y resultados en materia de prevención, atención y posvención del suicidio, garantizando la transparencia y la participación ciudadana en la vigilancia de estas acciones.

CAPÍTULO II

DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO EDUCATIVO Y LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL E INTELECTUAL

Artículo 78. El Estado de Colima, a través de la Secretaría de Salud y CESMAC, en coordinación con la Secretaría de Educación y Cultura, y otras instancias competentes, promoverá políticas, programas y estrategias para el fortalecimiento de la salud mental en los entornos escolares de todos los niveles educativos, garantizando un enfoque de derechos, inclusión, accesibilidad, igualdad sustantiva, interculturalidad y perspectiva de infancia.

Artículo 79. Las acciones de salud mental en las escuelas deberán estar orientadas a:

- I. La promoción del bienestar emocional y la salud mental positiva;
- II. La detección temprana de problemas emocionales, conductuales y trastornos del neurodesarrollo;
- III. La prevención de riesgos psicosociales, conductas autolesivas, consumo de sustancias psicoactivas, violencia y riesgo suicida;
- IV. La atención primaria en salud mental mediante estrategias psicoeducativas y de acompañamiento emocional;
- V. El fortalecimiento de redes comunitarias, escolares y familiares de apoyo;
- VI. El diseño de rutas de canalización y referencia a servicios especializados, con enfoque comunitario y de cuidado progresivo;
- VII. La eliminación del estigma y la discriminación contra personas con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial o intelectual.

Artículo 80. Las instituciones educativas deberán contar con un protocolo de salud mental escolar que incluya:

- I. Procedimientos de atención a niñas, niños y adolescentes en situaciones de riesgo emocional o conducta suicida;
- II. Guías de intervención ante eventos críticos o emergencias colectivas;

- III. Estrategias de prevención y posversión del suicidio, ajustadas al nivel educativo;
- IV. Mecanismos de protección, acompañamiento y restitución de derechos en caso de violencia o abandono.

Artículo 81. El personal educativo, directivo y de apoyo deberá recibir formación continua obligatoria en:

- I. Educación socioemocional, salud mental infantil y adolescente;
- II. Prevención de violencia escolar y acoso;
- III. Prevención de adicciones;
- IV. Detección de señales de sufrimiento psíquico y riesgo suicida;
- V. Atención a estudiantes con discapacidad psicosocial o intelectual;
- VI. Inclusión educativa y ajustes razonables en el aula;
- VII. Canalización adecuada a servicios de salud mental y redes de apoyo.

Artículo 82. Las escuelas deberán implementar de forma permanente programas de promoción de la salud mental con:

- I. Actividades socioemocionales, lúdicas, culturales, deportivas y recreativas;
- II. Campañas informativas y de sensibilización sobre salud mental, derechos humanos, diversidad y autocuidado;
- III. Escuelas para madres, padres y personas cuidadoras enfocadas en crianza positiva y salud emocional;
- IV. Espacios seguros y confidenciales de escucha y contención emocional para el estudiantado; e
- V. Inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad en todos los programas escolares de salud mental.

Artículo 83. La atención en salud mental escolar incluirá:

- I. Evaluación inicial a través de instrumentos de detección o tamizaje propios al grupo etario, y acompañamiento emocional individual o grupal;
- II. Derivación a módulos comunitarios o unidades especializadas cuando el caso lo amerite;
- III. Participación activa de la familia o personas cuidadoras primarias en el proceso de atención;
- IV. Coordinación interinstitucional con los sectores de salud, protección, justicia y asistencia social; y
- IV. Mecanismos de protección, acompañamiento y restitución de derechos en caso de violencia o abandono.

Artículo 84. Las niñas, niños y adolescentes con discapacidad psicosocial o intelectual tendrán derecho a:

- I. Recibir atención integral en salud mental ajustada a sus necesidades y características;
- II. Participar en igualdad de condiciones en actividades escolares de salud mental;
- III. Ser consultados de acuerdo a su edad y nivel de desarrollo en todo proceso que afecte su bienestar emocional;
- IV. Acceder a apoyos y ajustes de procedimiento en la detección, evaluación y atención; y
- V. No someterse a prácticas discriminatorias, coercitivas, ni medicalización forzada.

Artículo 85. Las escuelas deberán contar con condiciones mínimas de accesibilidad física, sensorial y comunicacional para la participación plena de estudiantes con discapacidad en todas las acciones de salud mental.

Artículo 86. Las disposiciones de este capítulo serán aplicables también a centros de atención infantil, escuelas rurales, indígenas, de educación especial, telebachilleratos y centros comunitarios de aprendizaje.

Artículo 87. La evaluación, seguimiento y mejora continua de las acciones en salud mental escolar será responsabilidad de las Secretarías de Salud, CESMAC y Educación, con participación de madres y padres, alumnado, profesionales en salud mental, personas con discapacidad y organizaciones sociales.

CAPÍTULO III

DE LA INTERVENCIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD PÚBLICA EN SITUACIONES RELACIONADAS CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

Artículo 88. El presente capítulo tiene por objeto regular la actuación de las instituciones de seguridad pública del Estado y sus municipios en intervenciones que involucren a personas con discapacidad psicosocial, garantizando el respeto

irrestricto a sus derechos humanos, la no criminalización de su condición, el enfoque comunitario de la atención, y la coordinación con los servicios civiles de salud mental y protección social.

Artículo 89. Toda intervención de la seguridad pública en situaciones que involucren a personas con discapacidad psicosocial deberá observar los siguientes principios:

- I. No discriminación por motivo de condición psicosocial, uso de sustancias, situación de calle o cualquier otra condición relacionada;
- II. Proporcionalidad y mínima intervención coercitiva;
- III. Consentimiento informado y respeto a la autonomía;
- IV. Primacía de la atención sanitaria y comunitaria sobre la acción policial;
- V. Prevención de la violencia institucional y uso excesivo de la fuerza;
- VI. Colaboración interinstitucional y canalización oportuna hacia dispositivos civiles de salud mental, protección social y justicia restaurativa.

Artículo 90. Las instituciones de seguridad pública deberán abstenerse de realizar detenciones, traslados forzados, retenciones o cualquier otra forma de criminalización que tenga como único fundamento la presencia de conductas atribuibles a una crisis o padecimiento psicosocial, salvo cuando existan riesgos fundados e inminentes para la integridad física de terceros o de la propia persona.

Artículo 91. Las instituciones de seguridad pública deberán:

- I. Contar con protocolos de actuación diferenciada ante crisis psicosociales o situaciones de emergencia en salud mental, elaborados en coordinación con la Secretaría de Salud y con organismos de derechos humanos;
- II. Integrar equipos de primera respuesta con personal capacitado en intervención en crisis, salud mental comunitaria, mediación y desescalamiento;
- III. Garantizar que al menos una persona de cada turno operativo cuente con formación actualizada en salud mental, discapacidad y derechos humanos; y
- IV. Abstenerse de realizar intervenciones en solitario sin acompañamiento sanitario o psicosocial, cuando se trate de crisis psíquicas no violentas.

Artículo 92. Coordinación con servicios de salud mental comunitarios.

Las instituciones de seguridad pública actuarán de forma subsidiaria y en coordinación con los servicios de salud mental, protección civil y asistencia social para el abordaje de personas en crisis, privilegiando los abordajes no coercitivos y comunitarios, en especial mediante:

- I. Derivación a unidades móviles o Brigadas de Salud Mental;
- II. Activación de redes familiares o de apoyo comunitario;
- III. Referencias a servicios de primer contacto, albergues temporales o dispositivos de atención psicosocial.

Artículo 93. Queda expresamente prohibido a los cuerpos de seguridad pública:

- I. Utilizar fuerza física, inmovilizadores, esposas, gases lacrimógenos o armas letales en el abordaje de personas con discapacidad psicosocial, salvo riesgo inminente y siempre con proporcionalidad y rendición de cuentas;
- II. Realizar internamientos forzados, traslados involuntarios o acciones de encierro institucional, sin orden judicial expresa o sin participación sanitaria competente;
- III. Utilizar diagnósticos psiquiátricos o estado mental presunto como causal para justificar detenciones, arrestos administrativos o remisiones a la jueza o juez cívico.

Artículo 94. Toda intervención policial que involucre a personas con discapacidad psicosocial deberá ser registrada detalladamente y estar sujeta a auditorías internas y externas. La Comisión Estatal de Derechos Humanos y los Comités de Ética en Seguridad Pública deberán supervisar el cumplimiento de los protocolos, y las víctimas de abuso policial podrán interponer quejas, amparadas en los procedimientos establecidos por esta Ley y demás ordenamientos aplicables.

CAPÍTULO IV

DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL A PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD

Artículo 95. Este capítulo tiene por objeto establecer los lineamientos para la atención integral en salud mental y adicciones de las personas privadas de la libertad en centros penitenciarios del Estado de Colima, garantizando su derecho a la salud conforme a los principios de dignidad humana, igualdad sustantiva, no discriminación y reinserción social.

Artículo 96. La atención en salud mental y adicciones a personas privadas de libertad deberá regirse por los siguientes principios:

- I. Equidad y no discriminación: Toda persona privada de libertad tendrá acceso a servicios de salud mental y adicciones sin distinción de sexo, edad, orientación sexual, identidad de género, origen étnico, religión, condición social, jurídica o cualquier otra condición.
- II. Atención integral e interdisciplinaria: Los servicios brindados deberán contemplar evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, seguimiento y posvección, considerando aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y comunitarios.
- III. Confidencialidad y consentimiento informado: El acceso a los servicios deberá garantizar la privacidad, el consentimiento informado y el respeto a las decisiones de la persona usuaria, salvo en los casos previstos por la Ley en que existan riesgos graves e inminentes.
- IV. Interculturalidad y perspectiva de género: Se deberán considerar los contextos socioculturales y las condiciones específicas que agravan la situación de las mujeres, personas trans, indígenas, afromexicanas, con discapacidad o en situación de discriminación múltiple.
- V. Reinserción social: Las acciones de atención en salud mental y adicciones deberán contribuir a la reintegración comunitaria, familiar, educativa y laboral de las personas privadas de libertad.

Artículo 97. Obligaciones Institucionales.

- I. La Secretaría de Salud del Estado a través de CESMAC, en coordinación con las autoridades penitenciarias y de ejecución penal, deberá garantizar la prestación oportuna, accesible y de calidad de servicios de salud mental y adicciones en los centros de reclusión estatales.
- II. Se establecerán módulos especializados de atención en salud mental y adicciones dentro de los centros penitenciarios, dotados de personal profesional capacitado, protocolos de actuación y acceso a medicamentos psicotrópicos y tratamientos autorizados por la legislación vigente.
- III. Los servicios deberán cumplir con los lineamientos establecidos por la Ley Nacional de Ejecución Penal, la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables.

Artículo 98. Detección y Prevención de Riesgos.

- I. Los servicios de salud mental deberán aplicar evaluaciones iniciales y periódicas para identificar factores de riesgo psicosocial, síntomas de trastornos mentales, conductas autolesivas o suicidas, adicciones, trauma psicológico y antecedentes de violencia.
- II. Se elaborarán planes individuales de atención en salud mental para cada persona que lo requiera, con base en una valoración multidisciplinaria, priorizando los casos con trastornos mentales graves, antecedentes suicidas o consumo problemático de sustancias.
- III. Deberá establecerse un registro sistemático de casos de trastornos mentales, tentativas suicidas y tratamientos en curso, respetando la confidencialidad del expediente clínico.

Artículo 99. Intervención y Tratamiento.

- I. Las personas privadas de libertad tendrán derecho a recibir atención psicológica y psiquiátrica especializada, así como psicoterapia individual o grupal, terapia ocupacional y programas de rehabilitación psicosocial.
- II. El tratamiento deberá ajustarse a las mejores prácticas científicas y éticas, evitando medidas coercitivas o farmacológicas sin indicación médica y supervisión profesional.
- III. Se dará prioridad a intervenciones que favorezcan el desarrollo de habilidades de afrontamiento, regulación emocional, resolución de conflictos, prevención de recaídas y preparación para la reintegración social.

Artículo 100. Atención a Casos Críticos y Prevención del Suicidio.

- I. Deberán establecerse protocolos de atención a crisis y de prevención del suicidio que incluyan la identificación oportuna de signos de riesgo, intervención en crisis, seguimiento clínico y comunicación con familiares y personas defensoras.
- II. Todo caso de intento suicida, autolesión o situación crítica deberá documentarse, evaluarse de manera integral y activar el código de alerta institucional, previendo medidas de protección sin vulnerar la dignidad de la persona.

Artículo 101. Posvención, Rehabilitación y Reinserción.

- I. Se establecerán programas de acompañamiento posterior a crisis, grupos de apoyo, talleres de desarrollo emocional y espacios de escucha para personas que hayan sufrido episodios graves de salud mental o pérdida por suicidio de algún compañero, compañera o familiar.
- II. La Secretaría de Salud coadyuvará con el Sistema Penitenciario Estatal en la reinserción de las personas con padecimientos mentales, articulando redes de apoyo comunitario, familiares, laborales y educativas.
- III. Se fomentará la capacitación en salud mental del personal penitenciario, con el objetivo de erradicar prácticas de violencia institucional, estigmatización o negligencia en la atención.

Artículo 102. Derechos Específicos en Salud Mental.

Las personas privadas de la libertad con trastornos mentales tendrán los siguientes derechos específicos:

- I. Ser tratadas con dignidad y respeto, en entornos que garanticen la seguridad y la privacidad necesarias para su atención.
- II. Acceder a servicios de salud mental sin demoras injustificadas y con la periodicidad que el diagnóstico indique.
- III. Contar con un expediente clínico actualizado y con información clara sobre su diagnóstico, tratamiento y evolución.
- IV. Participar en decisiones sobre su tratamiento, con apoyo de personal traductor o figuras de confianza si se requiere.
- V. Acceder a medidas alternativas al internamiento en instituciones penitenciarias, cuando el estado mental impida el cumplimiento de una pena en condiciones dignas, conforme al principio de flexibilidad procesal de la Ley Nacional de Ejecución Penal.

Artículo 103. Evaluación y Rendición de Cuentas.

- I. Las instituciones encargadas deberán presentar informes semestrales a la CESMAC, sobre el cumplimiento de este capítulo, incluyendo estadísticas, acciones implementadas, evaluación de resultados y casos críticos.
- II. La CESMAC, en coordinación con la Comisión Estatal de Derechos Humanos, podrá realizar visitas de verificación para asegurar el respeto a los derechos de las personas privadas de libertad en materia de salud mental.

Artículo 104. El Estado reconoce el derecho de las personas privadas de libertad con discapacidad psicosocial a recibir atención especializada, adaptada a sus condiciones, sin discriminación y con pleno respeto a su dignidad, autonomía, voluntad y preferencias, garantizando su inclusión y participación en condiciones de igualdad.

Artículo 105. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por discapacidad psicosocial aquella condición derivada de un trastorno mental o del comportamiento que, en interacción con diversas barreras, puede impedir la participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás personas. Esta condición no podrá utilizarse como motivo para su segregación o aislamiento en el ámbito penitenciario.

Artículo 106. Diagnóstico, evaluación y ajustes razonables.

- I. Toda persona privada de libertad deberá ser evaluada al ingreso al centro penitenciario con perspectiva de discapacidad psicosocial, a fin de identificar necesidades específicas de apoyo, seguimiento clínico o ajustes razonables.
- II. El Estado garantizará la implementación de ajustes razonables y medidas de accesibilidad para el ejercicio efectivo de derechos dentro del sistema penitenciario, incluyendo información clara, lenguaje accesible, apoyos humanos o tecnológicos, espacios adecuados y protocolos diferenciados.

Artículo 107. Las personas privadas de la libertad con discapacidad psicosocial tienen, además de los derechos reconocidos en esta Ley, los siguientes:

- I. A ser reconocidas como personas con discapacidad sin necesidad de declaración judicial, salvo que la misma sea requerida para fines específicos;
- II. A no ser recluidas en pabellones de castigo o aislamiento por causa de su condición mental o adicción a sustancias psicoactivas, ni sujetas a tratos crueles, inhumanos o degradantes;
- III. A recibir apoyos para la toma de decisiones sobre su salud, su defensa legal, su comunicación con familiares o personas defensoras y cualquier otro acto que requiera manifestar su voluntad;
- IV. A acceder a programas de atención integral en salud mental y rehabilitación psicosocial con base comunitaria, culturalmente pertinentes y con enfoque de derechos;
- V. A que sus condiciones de salud mental y adicciones sean consideradas para efectos de medidas alternativas, beneficios preliberacionales o sustitución de la pena, cuando su situación lo amerite conforme al principio de humanidad en la ejecución penal;
- VI. A que se promuevan formas no institucionalizadas de atención, tales como centros de día, casas de medio camino o redes de apoyo comunitario, evitando su permanencia prolongada en espacios de encierro.

Artículo 108. La Secretaría de Salud a través del CESMAC, el Sistema Penitenciario Estatal, el Instituto para la Inclusión de las Personas con Discapacidad del Estado de Colima, el Poder Judicial y las organizaciones de la sociedad civil colaborarán para:

- I. Garantizar el acompañamiento jurídico y psicosocial de las personas con discapacidad psicosocial en reclusión;
- II. Capacitar al personal penitenciario y de salud mental en el enfoque de derechos, interseccionalidad, desinstitutionalización y trato digno;
- III. Supervisar que los establecimientos penitenciarios cuenten con infraestructura, servicios y mecanismos adecuados para la atención de esta población;
- IV. Monitorear el cumplimiento de las obligaciones internacionales del Estado en materia de discapacidad.

Artículo 109. La autoridad de ejecución penal deberá considerar, en sus decisiones, la posibilidad de aplicar medidas sustitutivas al internamiento cuando la condición mental de la persona imposibilite la adaptación a la vida penitenciaria o represente un riesgo para su integridad o la de otros, garantizando siempre que no haya regresión en el ejercicio de sus derechos.

Artículo 110. Las personas con discapacidad psicosocial privadas de la libertad tendrán derecho a:

- I. Ser escuchadas y que se tome en cuenta su opinión sobre el tratamiento, condiciones de internamiento, necesidades de apoyo y estrategias de rehabilitación;
- II. Participar en la formulación de políticas, programas y servicios penitenciarios que les afecten, directamente o a través de representantes legítimos;
- III. Presentar quejas o denuncias por actos discriminatorios o violaciones a sus derechos, sin represalias ni barreras.

CAPÍTULO V

DE LAS MEDIDAS ALTERNATIVAS AL INTERNAMIENTO Y DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA INTENSIVA

Artículo 111. En concordancia con los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la atención en salud mental deberá privilegiar en todo momento enfoques alternativos al internamiento, garantizando la voluntad y preferencias de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

Artículo 112. Se prohíbe como medida general el internamiento involuntario de personas con trastornos mentales, psicosociales o del comportamiento. Su uso excepcional solo se justificará cuando se acredite de forma interdisciplinaria que:

- I. Existe riesgo inminente para la vida o integridad de la persona o de terceras personas;
- II. Se han agotado razonablemente otras formas de atención ambulatoria o comunitaria;
- III. Se garantizan derechos, acompañamiento, condiciones dignas, revisión periódica y duración mínima;
- IV. Se cuenta con una opinión de un Comité de Evaluación Externa Independiente.

Artículo 113. La atención en salud mental deberá organizarse prioritariamente en redes comunitarias, basadas en los principios de atención primaria integral, con fuerte énfasis en:

- I. Equipos móviles de atención en crisis;
- II. Hospital de día y dispositivos de corta estancia;
- III. Grupo de Apoyo Psicoemocional, Redes de apoyo y acompañamiento entre pares;
- IV. Casas de medio camino, villas de transición y unidades convivenciales para personas en situación de alta vulnerabilidad;
- V. Servicios domiciliarios para la continuidad de cuidados y rehabilitación psicosocial;
- VI. Atención integral en centros de salud generalistas con inclusión del componente de salud mental.

Artículo 114. Todo ingreso a un dispositivo sustitutivo del internamiento deberá contar con el consentimiento libre e informado de la persona usuaria o su representante legal, respetando sus preferencias y evitando coerción, manipulación o engaño.

Artículo 115. La Secretaría desarrollará un Modelo Integral de Atención Comunitaria en Salud Mental que deberá incluir:

- I. Protocolos de evaluación de riesgo psicosocial no coercitivos;
- II. Planes personalizados de atención contruidos con la persona usuaria y sus redes de apoyo;
- III. Participación activa de familiares, comunidades, colectivos y profesionales de diferentes disciplinas;
- IV. Fomento al empleo protegido, educación inclusiva, autonomía y vida independiente;
- V. Mecanismos de articulación con justicia restaurativa, cuidados paliativos y redes de cuidados.

Artículo 116. Los servicios sustitutivos del internamiento deberán cumplir con estándares mínimos de calidad, asegurar ambientes no institucionalizados, sin uso de contención mecánica, aislamiento forzoso ni medicación como castigo o control, y con infraestructura adecuada, accesible e inclusiva.

Artículo 117. Toda medida que implique privación de libertad por razones de salud mental deberá ser notificada a la Comisión Estatal de Derechos Humanos y revisada judicialmente en un plazo no mayor a 72 horas.

Artículo 118. El Estado promoverá activamente programas de vivienda asistida, ingreso universal básico, cooperativas de trabajo protegido, y estrategias de inclusión sociolaboral y cultural como medidas de salud mental preventiva y rehabilitadora.

Artículo 119. La Secretaría garantizará la formación continua en salud mental comunitaria, derechos humanos, prevención del suicidio, intervención en crisis y acompañamiento psicosocial a todas las personas profesionales del sistema de salud y agentes comunitarios.

Artículo 120. La atención en salud mental deberá reconocer las narrativas y saberes de las personas usuarias, su autonomía y la posibilidad de ejercer ciudadanía plena, participando activamente en la formulación de políticas públicas, evaluaciones de servicios y diseño de estrategias de acompañamiento y cuidado mutuo.

CAPÍTULO VI DE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Artículo 121. Prevención General o Comunitaria de las Adicciones.

La CESMAC será la encargada de coordinar, ejecutar y supervisar los programas preventivos de adicciones.

La prevención general de las adicciones deberá basarse en la educación y promoción de la salud, la comunicación educativa y formativa, la práctica del deporte y la cultura recreativa, y el fomento de normas y valores familiares y sociales, creando los hábitos escolar, laboral, familiar y comunitario.

Artículo 122. En materia de prevención general de las adicciones el Gobierno del Estado y, los Ayuntamientos instrumentarán un programa integral en sus Comités Municipales de Salud Mental y Adicciones en el que propiciarán la colaboración de las dependencias municipales y la participación de la sociedad para atenuar los efectos del fenómeno social de las adicciones, identificando los grupos más vulnerables a fin de valorar la magnitud del programa, definir las metas y optimizar el aprovechamiento de los recursos institucionales.

Artículo 123. La Prevención General de Adicciones deberá atender a la población abierta, ubicando las zonas o sectores tanto urbanos, suburbanos o rurales que se identifiquen como mayor incidencia de adicciones, propiciando la participación social y comunitaria para impulsar acciones tendientes a prevenir, reducir y evitar el consumo de sustancias psicoactivas y disminuir los riesgos y daños que implican el uso y abuso de las mismas.

Artículo 124. La Prevención General de adicciones deberá ser permanente, programática y sustentada en una campaña formativa e informativa en la que deberán ser partícipes el Gobierno del Estado, los Ayuntamientos y los sectores social y privado de la entidad.

Artículo 125. Los Gobiernos del Estado y Municipales promoverán la intervención de los medios de comunicación en la difusión de programas formativos e informativos que incidan en la prevención y disminución del uso de sustancias psicoactivas y orienten la conducta de las personas de manera responsable en el cuidado de su salud.

Artículo 126. El sector salud promoverá acciones tendientes a formar una cultura del cuidado a la salud de las personas, creando hábitos para el sano desarrollo físico y mental, con orientación especial a las personas menores de edad y, a grupos vulnerables, así como detección oportuna a través de la aplicación de cuestionarios de tamizaje en la atención de primer contacto para su canalización a los servicios de atención en salud mental y adicciones.

Artículo 127. El sector educativo impulsará a través de los planteles escolares la orientación formativa del estudiantado sobre los riesgos y efectos nocivos que causan a la salud el uso de sustancias psicoactivas, así como la modificación de la conducta de las personas que generan la alteración al orden social.

Artículo 128. El sector asistencial orientará su atención a los grupos vulnerables, que por su desprotección se ubiquen en supuestos de riesgo, para reorientar su quehacer y brindarles protección, asistencia y apoyo, particularmente a las niñas, niños y adolescentes en situación de calle y de zonas marginadas.

Artículo 129. Las áreas de seguridad pública y procuración de justicia, promoverán acciones informativas y disuasivas para evitar el uso y abuso de sustancias psicoactivas, con la finalidad de impedir que las personas se causen daño o lo causen a terceras personas por la influencia de dichas sustancias.

Dichas acciones serán orientadas a formar una cultura de la legalidad y de respeto al estado de derecho, para propiciar un armónico orden social, disminuyendo la comisión de delitos generados por consecuencia de las adicciones.

Artículo 130. La participación de los sectores social y privado se promoverá en todos los ámbitos funcionales de las dependencias de los Gobiernos del Estado y Municipales, para fomentar la corresponsabilidad de la población y la intervención directa de los padres y madres de familia en la atención de la problemática social de las adicciones, a efecto de prevenir, disminuir y abatir su incidencia.

Artículo 131. La coordinación interinstitucional y la colaboración de la sociedad deberán aportar los elementos sustantivos que permitan conformar el programa integral de salud mental y adicciones, considerando las causas, condiciones que las motivan y sus efectos, sustentándose en los diagnósticos de campo que realicen las dependencias, instituciones y organismos, para dimensionar este problema social y definir las líneas de acción, objetivos y metas a cubrir en el ámbito de prevención general.

Artículo 132. La prevención general contemplará la atención de las personas egresadas de establecimientos residenciales especializados en adicciones, así como de quienes hayan sido sentenciados por la comisión de delitos bajo los efectos de las sustancias psicoactivas y hayan cumplido su pena; con la finalidad de prevenir recaída en el uso de sustancias psicoactivas y lograr la Reinserción Sociolaboral de estas personas.

Artículo 133. Prevención Selectiva e Indicada de las Adicciones.

En materia de prevención especial, las dependencias de los Gobiernos Estatal y Municipales desarrollarán acciones específicas para formar una cultura de la prevención de las adicciones, en el marco de la Educación para la salud, atendiendo a la población afectada a las áreas de servicios de los sectores educativo, laboral, asistencial, de salud, cultura, deporte y recreación y seguridad pública.

Artículo 134. El Gobierno del Estado y los Gobiernos Municipales tienen la obligación, de desarrollar y operar programas formativos, informativos de orientación y concientización, tendiente a proteger a la familia y en particular a niñas, niños, adolescentes y jóvenes en materia de promoción del autocuidado de la salud mental, así como de las consecuencias de las adicciones.

Artículo 135. El Consejo contemplará en el Plan Estatal de Salud Mental y Adicciones, acciones tendientes a la creación de hábitos para el cuidado de la salud, con el propósito de que las personas y en particular a niñas, niños, adolescentes y

jóvenes disfruten de bienestar físico y mental, mediante el fomento y fortalecimiento de los valores que coadyuven a la conservación, recuperación y disfrute de la salud de las mismas.

Artículo 136. El sector salud impulsará el programa de prevención del abuso o uso nocivo del alcohol, atendiendo los lineamientos nacionales y observando los aspectos particulares de las regiones del Estado.

Artículo 137. Los servicios de salud, contemplarán una campaña permanente de información a las personas usuarias, para concientizarlas sobre la importancia de la salud mental, de los efectos nocivos que producen el tabaco, los vapeadores, las bebidas alcohólicas y las sustancias psicoactivas en la salud de las personas, y respecto a la integración y funcionalidad de la familia.

Artículo 138. Los programas de prevención de las adicciones que contemplen acciones permanentes de información y orientación a las personas usuarias del sector salud, serán orientados a modificar los patrones culturales que determinan hábitos, costumbres y actitudes en el consumo de sustancias psicoactivas para disminuir su incidencia y evitar su uso que afecta la salud.

Artículo 139. Las dependencias y organismos del sector salud promoverán e impulsarán de manera permanente la participación comunitaria en la promoción del autocuidado de la salud mental y la prevención de adicciones para el cuidado de la salud de las personas.

Artículo 140. El sector salud supervisará permanentemente y podrá participar en los programas o acciones de prevención contra las adicciones que realizan las organizaciones sociales en aspectos de uso nocivo de alcohol, tabaco, vapeadores y dependencia a otras sustancias psicoactivas con el propósito de que estos se orienten a crear una cultura de autocuidado de la salud mental y prevención de las adicciones, sustentada en los principios y objetivos del Programa Estatal de Salud Mental y Adicciones.

Artículo 141. La Secretaría de Salud, a través de la CESMAC, coordinará acciones de colaboración con instituciones y programas para realizar los cuestionarios de tamizaje POSIT a los grupos estudiantiles y una vez realizada la evaluación, llevarán a cabo la detección de inicio o de abuso de una o varias sustancias u otra situación de riesgo y se coordinarán con la Dirección del plantel educativo, la Secretaría de Educación y Cultura y/o con las demás Direcciones y/o autoridades que puedan coadyuvar a la orientación de madres, padres y/o tutores para brindarle atención individual y especializada al adolescente, que se identifica durante la implementación del tamizaje y su familia; preponderando en todo momento los derechos de las niñas, niños y adolescentes. El POSIT, al cuestionario de tamizaje, que es un instrumento que consta de 81 reactivos que evalúan 7 áreas de funcionamiento de la vida de la población adolescentes que pueden verse afectadas por factores de riesgo psicosociales: uso y abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, amistades, nivel educativo, interés vocacional, conducta agresiva-delictiva.

El POSIT se aplica frecuentemente bajo supervisión de la CESMAC y los CECOSAMA, está diseñado para ofrecer a la población un modelo de detección oportuna para las adicciones y de salud mental que contempla desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas hasta el tratamiento breve, ambulatorio, que sea accesible y de calidad.

Una vez que se tenga el consentimiento por escrito de quienes ejerzan la patria potestad y/o tutores del alumnado, cuando así lo considere necesario la Dirección del plantel, solicitará de manera formal a la CESMAC se lleve a cabo la aplicación del cuestionario de tamizaje POSIT a las y los alumnos de educación básica y media superior, de 12 a 18 años, salvaguardando en todo momento los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Artículo 142. El sector educativo impulsará un programa de desarrollo integral, para la población escolar a través de talleres específicos y permanentes para formar personas con valores familiares, morales y sociales que les permitan adaptarse e integrarse plenamente al medio comunitario, formando una cultura de respeto a la legalidad.

Artículo 143. El personal de las instituciones educativas de nivel básico, previa capacitación instrumentará un programa permanente con la participación práctica del personal docente para orientar la conducta de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes e informar sobre los efectos nocivos en el uso de sustancias psicoactivas y de las consecuencias negativas de estas.

Artículo 144. El sector educativo promoverá la colaboración y participación de la sociedad de padres, madres de familia y/o tutores en la instrumentación de acciones orientadoras y formadoras de una cultura de promoción del autocuidado de la salud mental y prevención de las adicciones.

Artículo 145. Las acciones formativas e informativas que realizan el sector educativo serán orientadas a preparar a la población escolar para que en el propio seno familiar y en el ámbito comunitario, así como en espacios extraescolares del

sector educativo, pueda identificar la problemática de las adicciones y pueda neutralizar la influencia negativa que dicho fenómeno social genera en la población infantil y juvenil.

Artículo 146. El sector educativo coadyuvará con el sector salud a través del personal docente para desarrollar actividades, tendientes a formar una cultura de la salud y a la protección de la integridad física de las y los estudiantes.

Artículo 147. El sector educativo promoverá la ejecución, seguimientos y evaluación de un programa permanente formativo e informativo tendiente a crear una cultura de promoción del autocuidado de la salud mental y prevención de las adicciones, teniendo como base fundamental la participación de las y los estudiantes y la colaboración de padres, madres de familia, y/o tutores.

Artículo 148. El sector educativo con la participación de los ayuntamientos, coordinará campañas permanentes para promover en la población escolar, los hábitos modeladores de conducta que generan firmeza de los valores que les permitan desenvolverse sanamente en su medio social.

Artículo 149. El personal docente de las instituciones educativas realizará actividades intraescolares que lleven como objetivos, el preparar a las y los estudiantes para formarles un conocimiento real de los fenómenos sociales que pueden afectarles, y de las actitudes que se deben tomar para prevenirlos y evitarlos.

Artículo 150. Las autoridades escolares contemplarán en el Programa Estatal de Salud Mental y Adicciones las actividades extraescolares que complementen y respalden la formación de las y los estudiantes, a efecto de contribuir a la reducción de las condiciones sociales adversas que influyen en la educación de la población infantil y juvenil.

Artículo 151. El Programa Estatal y los Programas Municipales del Deporte contemplarán acciones a desarrollar para la población infantil y juvenil en las que se fomente la cultura del deporte, la importancia de la salud mental desde la infancia y la prevención de las adicciones.

Artículo 152. Las actividades deportivas procurarán atender a la población infantil y juvenil considerando la zona de su ubicación, sus características, habilidades y afición deportiva, motivando la integración formal e informal de grupos que fomenten las disciplinas deportivas como forma de promoción del cuidado de la salud mental y orientación conductual para prevenir las adicciones.

Artículo 153. El Programa Estatal de Deporte contemplará acciones específicas y permanentes de atención a zonas identificadas con alta incidencia de consumo de sustancias psicoactivas que permitan encauzar e incorporar a los grupos vulnerables al sano aprovechamiento del tiempo libre como forma de prevenir trastornos mentales y conductas disociales como las adicciones.

Artículo 154. Los programas asistenciales deberán brindar atención a la población infantil y juvenil más vulnerable, especialmente la que vive en lugares de alto riesgo de adicciones, y de manera particular a niñas, niños y adolescentes en situación de calle.

La Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, o en su caso, su equivalente Municipal, deberá velar por salvaguardar sus derechos, así como el Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA) en los ámbitos estatal y municipal deberá cumplir con su responsabilidad de garantizar la protección, prevención y restitución integral de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes que hayan sido vulnerados.

Se promoverá el uso de los Centros de Asistencia Social (CAS) con el objetivo de garantizar la protección de los derechos de los adolescentes mediante acciones de resguardo, orientación, educación, formación, alimentación, deporte y recreación.

Artículo 155. Los organismos asistenciales, la Subsecretaría de las Juventudes y el Sector Educativo, instrumentarán acciones que permitan la detección temprana en los ámbitos familiar, escolar, laboral y comunitario de trastornos mentales y adicciones en la población infantil y juvenil.

Artículo 156. El Sector asistencial y el área de reinserción social coordinarán sus programas preventivos en la población infantil que hayan cometido infracciones a la Ley bajo la influencia o por el uso de sustancias psicoactivas, así como personas mayores de edad que hayan sido sancionadas por la comisión de un delito bajo los efectos de drogas, quienes obtengan beneficios de preliberación u otro tipo de restricción para purgar su pena, a efecto de promover su tratamiento, hasta alcanzar su recuperación y evitar su reincidencia.

Artículo 157. La Secretaría de Bienestar, Inclusión Social y Mujeres contemplará en sus programas de capacitación módulos orientados a la atención de las personas con uso problemático de sustancias psicoactivas en tratamiento ambulatorio o residencial, con la finalidad de que la terapia ocupacional y la formación de habilidades para el trabajo

permitan inducir al empleo y al autoempleo en su reinserción al medio laboral y social y contribuir a prevenir recaída en el consumo de sustancias psicoactivas.

Artículo 158. El Gobierno del Estado y los Gobiernos municipales promoverán la participación del sector privado para impulsar la creación, establecimiento y operación de Establecimientos Ambulatorios o Residenciales de Tratamiento de las Adicciones, que permitan ofrecer un servicio profesional y humano a las personas con uso problemático de sustancias psicoactivas.

Artículo 159. El Comité Estatal para la Supervisión de Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones (CESEREA) coordinado por la CESMAC, estará facultado para vigilar y promover el estricto apego a la normatividad vigente en tema de tratamiento residencial, a través de acciones de supervisión, control y vigilancia, de acuerdo a sus competencias, de emitir las recomendaciones necesarias y pertinentes, y en caso de ameritarlo, aplicar las medidas correctivas de suspensión, aseguramiento, traslado de usuarias y usuarios a unidades con la capacidad resolutive, consignación, entre otras, de forma inmediata con el fin de fortalecer y mejorar la calidad de los servicios brindados a la población.

Artículo 160. Los programas para el tratamiento de adicciones deberán comprender los siguientes aspectos:

- I. Rehabilitación que incluya psicoterapia, asistencia médica y social y, de ser posible, educativa;
- II. Orientación y capacitación ocupacional;
- III. Orientación y capacitación a la familia o a terceras personas que convivan con personas usuarias de sustancias psicoactivas
- IV. Reinserción familiar, educativa, laboral y social, y
- V. Tratamiento médico y psicológico por parte de personal especializado en atención a niñas, niños y jóvenes.

Artículo 161. Los programas de tratamiento y rehabilitación de adicciones deberán ser dinámicos, no basarse solo en la sustracción del medio ambiente de la persona con uso problemático de sustancias psicoactivas y en su desintoxicación, sino en acciones profesionales de tratamiento terapéutico, atención clínica, de orientación e información, y de ayuda mutua, de tal forma que permita que las personas recuperen el pleno ejercicio de sus derechos y libertades individuales.

Cuando se brinde tratamiento a menores de edad, deberán considerarse, en los aspectos previstos del interés superior de la niñez, además, los derechos y prerrogativas que les son reconocidos por el orden jurídico local y Federal, así como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los Tratados Internacionales suscritos por el Estado Mexicano.

Artículo 162. De los requisitos administrativos para el funcionamiento de los Establecimientos de tratamiento especializados en adicciones para personas con uso problemático de sustancias psicoactivas.

Para otorgar este tipo de tratamiento, sea en forma ambulatoria o residencial, el establecimiento de tratamiento deberá contar con los siguientes documentos:

- I. Programa de tratamiento del establecimiento que conste por escrito y esté disponible para el conocimiento de las personas que ingresan y sus familiares, así como para efectuar las acciones de supervisión y asesoría de la CESMAC y de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios de la Secretaría de Salud.
- II. Plan individual de tratamiento por cada una de las personas usuarias del Establecimiento, contenido en el expediente clínico correspondiente. Este plan debe incluir el consentimiento informado de la persona usuaria, mediante el cual declara conocer y aceptar las condiciones del programa y el contrato terapéutico o instrumento mediante el cual la persona y quien ocupe la dirección técnica del establecimiento suscriben los compromisos que ambas asumen para el logro de los objetivos perseguidos y avalados por lo menos por dos testigos, uno de cada parte.
- III. Expediente Clínico que contenga el historial clínico, así como estudio Psicosocial que registre la evaluación actualizada del proceso terapéutico o seguimiento de cada persona usuaria con la garantía de seguridad y confidencialidad de la información médica.
- IV. Informe de evaluación final al momento del alta.
- V. Documento de organización y funcionamiento interno.
- VI. Registro estadístico actualizado y continuo con los datos relativos a la atención, evolución y alta de las personas usuarias.
- VII. Procedimiento explícito para facilitar condiciones de acceso a atención médica general o ambulatoria y de urgencia.

- VIII. Directorio de establecimientos de la especialidad de psiquiatría o salud mental a los cuales podrán ser referidas las personas en el caso que fuere procedente, con indicación de sus mecanismos de referencia y contra referencia.
- IX. Plan de emergencias y de prevención de riesgos que incluya los procedimientos de evacuación y uso y control de la vigencia de extintores para casos de accidentes y emergencias, el que debe ser conocido por el personal y estar a la vista de las personas usuarias.
- X. Aviso de funcionamiento como Establecimiento de Tratamiento Especializado en Adicciones ante la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, quien será la encargada de revisar que se cumplan con las obligaciones plasmadas en la presente ley para la instalación y funcionamiento del mismo. Para tal efecto, deberá emitir un dictamen de procedencia para la operación de los Establecimientos, sin el cual no se podrá otorgar la licencia municipal de funcionamiento.
- XI. Registro ante la CESMAC cumpliendo con los requerimientos necesarios: Manual de organización, manual de procedimientos, aviso de funcionamiento, acta constitutiva del Establecimiento, Clave Única de Inscripción al Registro Federal de las OSC (CLUNI) o Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES), constancia de no antecedentes penales, cédula de supervisión con un cumplimiento mayor al 60%. Cada Establecimiento, una vez censado (detectado) e incluido en el Directorio Nacional, se les realizará una visita de supervisión de diagnóstico de necesidades en la cual se levantará la Cédula de Supervisión para Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones (según el modelo de atención: ayuda mutua, mixto y profesional) además de realizar 3 entrevistas a usuarios y entregar el reporte de áreas de oportunidad al responsable del establecimiento supervisado, de no contar con un cumplimiento del 60% o de detectar criterios obligatorios de la Norma 028 no cumplidos, se emitirá un dictamen de improcedencia para la operación de los Establecimiento.
- XII. Licencia municipal de funcionamiento con Giro Especializado: Establecimiento Residencial Especializado en Adicciones.

Artículo 163. De los requerimientos mínimos en materia de infraestructura.

Los Establecimientos de tratamiento especializados en adicciones, tanto ambulatorios como residenciales, deberán contar con infraestructura libre de riesgos estructurales tanto para las personas usuarias como para quienes laboran y visitan el establecimiento.

A efecto de determinar que se cumple con lo anterior, la autoridad municipal correspondiente deberá de verificar en conjunto con las dependencias estatales del Comité Estatal para la Supervisión de Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones, que los establecimientos cuenten, además de lo dispuesto por otras disposiciones legales aplicables, lo siguiente:

- I. Muros, pisos y cielos en buen estado de conservación y mantenimiento.
- II. Superficies limpias, libres de humedad y/o filtraciones.
- III. Instalaciones sanitarias, incluyendo artefactos y grifería en buen estado de conservación y de operación.
- IV. Iluminación natural y artificial.
- V. Plan de mantenimiento del equipamiento y de las instalaciones del centro.
- VI. Plan de protección civil.

Artículo 164. De los requerimientos técnicos generales.

Las instalaciones deberán contar con los siguientes elementos, independientemente del programa terapéutico residencial o ambulatorio que se aplique:

- I. Servicios higiénicos en una relación de al menos un baño por cada ocho personas usuarias y una regadera por cada ocho personas usuarias, en el caso de programas para hombres y mujeres, deberá disponerse de servicios higiénicos separados por género o sexo, además de cuidar la privacidad mediante el uso de divisiones laterales y frontales (cortina o puertas).
- II. Al menos una sala por cada 15 personas usuarias, que garantice mantener entrevistas en forma privada con las personas usuarias y/o sus familiares.
- III. Sala de estar o de usos múltiples que en conjunto tenga capacidad para incluir a todas las personas usuarias en forma simultánea con iluminación natural y artificial, para ser usadas en terapias de grupo y/o actividades recreativas.

- IV. Zonas exteriores para recreación, patio, terraza o jardín.
- V. Contenedor hermético de almacenamiento transitorio de basura, con periodos de aseo definidos.
- VI. Lugar destinado a guardar los útiles de aseo en uso en condiciones de limpieza.
- VII. Dependencia para la preparación de alimentos cuando sea necesario.
- VIII. Personal del establecimiento para la custodia de los medicamentos destinados al tratamiento terapéutico, resguardando bajo llave.

Artículo 165. De los requerimientos técnicos para Establecimientos clasificados como Residenciales.

Para los Establecimientos Residenciales de tratamiento Especializado para las personas con adicciones, se acreditarán adicionalmente los siguientes requisitos:

- I. Fachada: En la parte visible del exterior del establecimiento, deberá exhibirse el nombre legal y/o comercial, logo, así como la CLUNI o CLUES y su número de Registro de Establecimiento.
- II. Área de recepción/ información: Al interior del establecimiento se deberá contar con un espacio destinado para otorgar información a las personas interesadas. Deberá tener un sanitario de uso exclusivo para esta área.
- III. Consultorio médico: El establecimiento debe destinar un espacio exclusivo para las valoraciones médicas y tener las condiciones mínimas indispensables para la atención y revisión de las personas usuarias. Que incluya: lavabo (con jabón líquido y toallas desechables), botiquín de urgencias, asientos para el personal médico y persona usuaria, mueble para escribir, mesa de exploración, cestos para bolsa de basura y residuos peligrosos (RPBI), estetoscopio, báscula con altímetro, termómetro, baumanómetro, torundero/toallas alcoholizadas o con cloruro de benzalconio, recetario médico, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio y otoscopio.
- IV. Área de resguardo de medicamentos: Espacio destinado para el almacenamiento y resguardo de medicamentos en empaques originales y no caducos. Dicho espacio debe ser de acceso restringido (con uso de llave) y limitado al manejo del personal del establecimiento. Contará con una bitácora de ministración de medicamentos.
- V. Área de consejería y/o psicoterapia individual: Espacio privado para que el padrino/madrina/personal de psicología, ofrezcan consejería o psicoterapia a las personas usuarias.
- VI. Área de consejería y/o psicoterapia grupal: Espacio amplio para que el padrino/madrina/personal de psicología, brinden consejería o psicoterapia grupal a las personas usuarias.
- VII. Espacio para guardar expedientes clínicos: Archivero para guardar los expedientes de las personas usuarias, el cual debe estar clasificado en algún orden (folio o alfabético) de acceso restringido, como el área administrativa.
- VIII. Botiquín de primeros auxilios: Espacio para guardar materiales de curación (gasas, compresas, apósitos, aplicadores, algodón, abatelenguas, vendas elásticas, guantes de látex) y antisépticos (yodo, clorhexidina, suero o solución salina, jabón), que se utilizarán para aplicar los primeros auxilios a las personas usuarias cuando así se requiera. Debe ser de acceso a toda la población.
- IX. Comedor o comedores suficientes para el uso simultáneo de al menos el 50% de las personas residentes.
- X. Área de dormitorios Deberá contar con habitaciones que tengan camas (no colchonetas), literas (contar con el espacio suficiente para que la persona pueda sentarse), que guarden una distancia entre cama y cama mínimo de 60 centímetros a un metro. Deberán estar señalizadas, organizadas por sexo (femenino/masculino) y por grupo de edad (adolescentes, adultos y adultos mayores). También deberán contar con espacios individuales para objetos personales. El número de camas y los espacios individuales, deberán estar acorde a la capacidad instalada.
- XI. Guardarropa o clóset con espacio adecuado para cada uno de las personas usuarias.
- XII. Un baño con ducha, una taza y un lavamanos por cada ocho residentes.
- XIII. Área de tinaco y/o cisterna: Deberá de estar con tapa hermética y en buenas condiciones de higiene.
- XIV. La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, adecuada al número de raciones a preparar. El piso y las paredes serán lavables; estará bien ventilada, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor, debido incluir estanterías, mesones lavaplatos y contenedores con tapa para depósito transitorio de residuos sólidos.

- XV. Área para lavadero con implementación para el lavado, secado y planchado de la ropa.
- XVI. Medios de comunicación y recreación, tales como televisor o teléfono y elementos de recreación para los residentes, tales como música ambiental, juegos, revistas, libros, etc.
- XVII. Extintores funcionales.
- XVIII. Señales de emergencia y de evacuación del inmueble.
- XIX. Ventilación adecuada.
- XX. Accesibilidad.
- XXI. Señalización de Espacio Libre de Humo de Tabaco y Emisiones: Deberá contar con señalización de ser un espacio libre de humo de tabaco y emisiones, así como estar certificado por la CESMAC y verificado por la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- XXII. Servicio de Alimentación: Para que un establecimiento residencial de atención a las adicciones opere y de atención a los usuarios deberá contar con menús alimentarios balanceados (Es una dieta de alimentación semanal, avalada por un nutriólogo/a, en el cual se visualice su nombre y cédula profesional), tener un adecuado manejo y resguardo de alimentos (contar con un refrigerador en funcionamiento y con regulador de temperatura para garantizar la conservación de los alimentos), así como el personal que se encuentre a cargo de la elaboración y manejo de los alimentos deberá contar con capacitación, de acuerdo a lo establecido en la NOM251-SSA1-2009, prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.
- XXIII. Control y erradicación de fauna nociva: Se refiere a la importancia de contrarrestar la reproducción de las especies animales que son causantes de daños materiales y personales, en lugares donde exista y persista la proliferación de plagas que, por sus hábitos de poca higiene, son portadores, transmisores de contagios y enfermedades epidémicas. El Establecimiento deberá realizar la contratación de un servicio especializado con registro autorizado ante la COFEPRIS para emitir certificados de fumigación de manera continua. Deberá de existir en el Establecimiento un cronograma de fumigación.
- XXIV. Todo establecimiento deberá contar con los siguientes documentos técnicos administrativos de forma estricta para comprobar su organización para su funcionamiento:
 - a) Acta constitutiva es el documento o constancia obligatoria para la creación legal de una empresa u organización, donde se deberán registrar todos los datos correspondientes a la formación de dicha sociedad, tramitada ante notario público.
 - b) Aviso de Funcionamiento y Responsable sanitario: Trámite ante la Comisión de Protección y Riesgos Sanitarios. (COFEPRIS), en el estado COESPRIS.
 - c) Clave única de Inscripción de organizaciones de la Sociedad Civil (CLUNI).
 - d) RFC, Personas morales de nueva creación a través de sus representantes legales.
 - e) Manual de la organización: De acuerdo a la Guía Técnica de Apoyo para Establecimientos en la Atención de las Adicciones en Modalidad Residencial 2021.
 - f) Manual de Procedimientos: De acuerdo a la Guía Técnica de Apoyo para Establecimientos en la Atención de las Adicciones en Modalidad Residencial 2021.
 - g) Notificaciones SISVEA: Durante la operación, se deberá reportar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica mediante los medios que disponga la Secretaría de Salud.
 - h) Programa de protección civil.

Adicionalmente, los Establecimientos que actualmente se encuentren operando deberán de contar con instalaciones adecuadas para el tratamiento de personas dependientes a sustancias psicoactivas que se presenten algún tipo de discapacidad motriz, y en caso de no, deberán de hacer las adecuaciones correspondientes dentro del plazo señalado en el párrafo siguiente. Para los establecimientos que se establezcan después de la entrada en vigor de la presente ley, será requisito indispensable para autorizar su apertura.

En general, para el caso de que el establecimiento verificado no cuente con alguno de los requisitos, deberán cubrirse en el plazo que se convenga entre dicho establecimiento, la COESPRIS y el Municipio, mismo que no excederá de seis meses.

Artículo 166. Del recurso humano a laborar en los establecimientos.

Los establecimientos de tratamiento residenciales especializados en adicciones deberán contar con personal idóneo, con conocimiento y experiencia en el tema y en número suficiente para llevar adelante, adecuada y permanentemente, los programas terapéuticos y de rehabilitación.

El personal profesional técnico, con experiencia en el tratamiento y rehabilitación en esta área, que deben formar parte del equipo terapéutico son:

- I. Consejería en Adicciones;
- II. Profesional en Psicología;
- III. Profesional en Medicina General;
- IV. Profesional en Medicina especializada en Psiquiatría;
- V. Profesional en Terapia ocupacional;
- VI. Profesional en Enfermería;
- VII. Personal Profesional Técnico de rehabilitación o áreas afines;
- VIII. Profesional en Trabajo Social;
- IX. Profesional en Nutrición; y
- X. Profesional en Educación Física.

El personal profesional técnico deberá de comprobar con documentos probatorios oficiales su perfil formativo, ya sea con certificados de estudio o cédula profesional. El personal deberá estar capacitado en adicciones, en protección civil y manejo de extintores.

Para el personal de Consejería en Adicciones, apadrinamiento/amadrinamiento: Deberá de tener capacitación en adicciones, tener al menos dos años en abstinencia, estar en un programa de recuperación y tener evidencia con una prueba de detección de metabolitos (antidoping) de 5 elementos cada 6 meses.

Personal directivo/Responsable: Deberá de contar con evidencia de capacitación en adicciones y de salud mental. Si es profesional de la salud deberá contar con cédula profesional y si es una persona en recuperación de una adicción, deberá de tener al menos dos años en abstinencia, estar en un programa de recuperación y tener evidencia con una prueba de detección de metabolitos (antidoping) de 5 elementos cada 6 meses.

También dentro del personal de apoyo se encuentra el personal administrativo, de apoyo en cocina, de intendencia y mantenimiento.

Artículo 167. De las causales de clausura.

Cuando durante la operación de cualquiera de los Establecimientos normados se incurra en alguna falta grave, procederá la clausura del mismo. Para tal efecto, se establecen como faltas graves cualquiera de las siguientes:

- I. El ingresar a una persona en contra de su voluntad sin que manifieste signos de estar bajo intoxicación por sustancias psicoactivas o en abstinencia a las mismas, y que cumpla con los criterios médicos de uso problemático de sustancias psicoactivas y sin anuencia por escrito de las y los familiares;
- II. El forzar a trabajar a una persona usuaria en actividades para el sostén del establecimiento contra su voluntad;
- III. El maltrato físico y psicológico hacia una persona usuaria previa revisión y valoración del personal de servicios médicos municipales;
- IV. Prácticas indignas que violenten la condición humana que no estén consideradas dentro de un protocolo para el tratamiento de una persona con dependencia a sustancias psicoactivas;
- V. Prostitución;
- VI. Condiciones de hacinamiento;
- VII. Condiciones insalubres;
- VIII. Condiciones de riesgo en el inmueble;

- IX. No cumplir en tiempo y forma con las observaciones y recomendaciones emitidas por la autoridad municipal encargada de realizar las inspecciones, en caso de detectarse anomalías o incumplimientos a la presente ley.

Se deberá de informar a la Fiscalía General o a la autoridad que corresponda, cuando se detecte cualquiera de las faltas antes señaladas, a efecto de que sean investigadas y, en su caso, sancionadas en los términos que las Leyes determinen.

Cuando en una verificación una persona interna se queje de maltrato, en ese momento se deberá realizar una valoración de su estado.

Artículo 168. De las sanciones.

Los Establecimientos sujetos a la observancia de la presente Ley, serán objeto de sanciones, cuando incumplan con alguna disposición prevista en el mismo, de conformidad a lo siguiente:

- I. Clausura: Cuando en la operación de uno de los establecimientos se detecte cualquiera de las faltas graves señaladas, así como las establecidas en la Ley que ameriten clausura.
- II. Multa equivalente de las Unidades de Medida de Actualización que determine COESPRIS, conforme a su normatividad y cada reglamento municipal: Cuando, derivado de una visita de inspección y/o verificación se encuentren omisiones en la prestación de los servicios que los Establecimientos ofrecen. Para determinar la cantidad exacta, se deberá de ponderar el grado de falta en la que se incurre y la medida en la que dicha falta afecta a la prestación del servicio, así como la reincidencia.
- III. Amonestación: Cuando derivado de una visita de inspección y/o verificación, se encuentre que la documentación relacionada con el expediente de las personas usuarias no se encuentra completa o debidamente resguardada, ordenada y/o archivada y, previo apercibimiento correspondiente, no sea subsanada dicha situación. La reincidencia en la falta por estas causales o análogas, será motivo para proceder a una multa.

**TÍTULO SEXTO
FINANCIAMIENTO Y COOPERACIÓN**

**CAPÍTULO I
DEL FINANCIAMIENTO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES**

Artículo 169. La inversión en salud mental constituye una acción de interés público, de alta prioridad social y sanitaria. Por tanto, el Estado deberá establecer el financiamiento progresivo, suficiente, sostenido, equitativo y transparente para el cumplimiento de los objetivos de esta Ley, conforme a la disponibilidad presupuestaria, con base en los principios de universalidad, equidad, inclusión y justicia distributiva.

Esta asignación deberá contemplar:

- I. El funcionamiento operativo del sistema estatal de salud mental y de la CESMAC;
- II. El desarrollo de infraestructura y dispositivos comunitarios de salud mental;
- III. La contratación, formación, especialización y actualización continua del personal de salud mental;
- IV. La adquisición de tecnologías e insumos adecuados;
- V. La integración de servicios de salud mental en la atención primaria y otros niveles;
- VI. La implementación de programas intersectoriales y campañas públicas de promoción, prevención, atención, rehabilitación y reintegración psicosocial.

Artículo 170. La Secretaría de Salud del Estado deberá establecer mecanismos de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas sobre el uso del financiamiento asignado a la salud mental y adicciones, conforme a los principios de transparencia presupuestaria, eficacia y responsabilidad institucional.

**CAPÍTULO II
DEL FOMENTO A LA INVERSIÓN SOCIAL Y LA COOPERACIÓN INTERSECTORIAL**

Artículo 171. El Estado fomentará la participación de los sectores social y privado en el financiamiento de acciones de salud mental y adicciones, a través de donaciones, inversiones sociales responsables, convenios de colaboración, alianzas público-privadas, y otras formas de cooperación económica o en especie, respetando los principios de autonomía, laicidad, no discriminación y el interés superior de las personas usuarias.

Artículo 172. Podrán celebrarse fideicomisos públicos y fondos especiales de salud mental y adicciones, destinados al desarrollo de infraestructura, programas estratégicos, innovación científica y atención a grupos en situación de vulnerabilidad. Estos instrumentos deberán operar bajo un Comité Técnico con participación ciudadana y de especialistas, conforme a la normatividad aplicable.

Artículo 173. La Secretaría podrá gestionar recursos federales, internacionales o multilaterales para el financiamiento de programas y proyectos de salud mental y adicciones, priorizando aquellos que promuevan la atención comunitaria, la inclusión social, el respeto de los derechos humanos y el enfoque de género, infancia, diversidad y discapacidad.

Artículo 174. Se dará prioridad presupuestal a los siguientes ejes estratégicos:

- I. La atención psicosocial a personas privadas de la libertad y personas en situación de calle;
- II. El abordaje comunitario en salud mental y adicciones desde una perspectiva de primera infancia, juventud, y personas adultas mayores;
- III. La salud mental en escuelas y centros educativos, incluyendo acciones de prevención del suicidio, violencia escolar y adicciones;
- IV. La creación y fortalecimiento de equipos multidisciplinarios comunitarios de salud mental;
- V. La ampliación de cobertura en zonas rurales e indígenas mediante dispositivos de salud mental culturalmente pertinentes.

Los recursos financieros deberán estar orientados a garantizar la atención digna, accesible y continua a las personas usuarias, su reintegración social y su participación activa en los procesos de atención y recuperación.

TÍTULO SÉPTIMO SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO A LA LEY

CAPÍTULO ÚNICO DE LAS DENUNCIAS Y SANCIONES

Artículo 175. Cualquier persona podrá denunciar ante las autoridades competentes las conductas, omisiones o irregularidades cometidas en la prestación de servicios de salud mental y adicciones que contravengan lo dispuesto en esta Ley.

Artículo 176. Las violaciones a los preceptos de la presente Ley, su reglamento y demás disposiciones normativas que de ella emanen, serán sancionadas administrativamente por:

- I. La Secretaría de la Contraloría General del Estado de Colima, respecto a las conductas u omisiones atribuibles a servidores públicos en el ejercicio de sus funciones, conforme a lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- II. La Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de Colima, en el ámbito de su competencia, cuando las infracciones sean atribuibles a establecimientos públicos, sociales o privados que presten servicios de salud mental.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial "El Estado de Colima".

SEGUNDO. Las disposiciones reglamentarias de esta Ley deberán ser expedidas por la persona titular del Poder Ejecutivo del Estado y los Ayuntamientos, en sus respectivos ámbitos de competencia, dentro de los ciento ochenta días siguientes a la entrada en vigor de la misma y realizar las modificaciones reglamentarias correspondientes a efecto de que las autoridades estatales y municipales cumplan con las obligaciones y bases contenidas en este Decreto, por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley General de Salud, la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño, y los Lineamientos de la OMS y la OPS sobre salud mental comunitaria, derechos humanos y desinstitutionalización.

De considerarlo conveniente se podrá convocar a un proceso amplio de consulta y deliberación pública.

TERCERO. La Comisión de Salud Mental y Adicciones de Colima, deberá ser instalada, en los términos de esta Ley, a más tardar dentro de sesenta días naturales después de la entrada en vigor del presente Decreto y expedir o actualizar su

Reglamento Interior dentro de los sesenta días naturales siguientes a su instalación, el que deberá ser publicado en el Periódico Oficial del Estado. En tanto su entrada en vigor, seguirá rigiendo el Reglamento Interno vigente.

Los procedimientos iniciados antes de la entrada en vigor de la presente Ley deberán ser concluidos con la legislación anterior.

CUARTO. La Secretaría de Salud del Estado de Colima, en coordinación con la Secretaría de Educación, deberá elaborar, dentro del plazo de sesenta días naturales, un Programa Estatal de Formación, Capacitación y Reconversión Profesional en Salud Mental Comunitaria, conforme a los establecido en la presente ley.

QUINTO. La Secretaría de Salud del Estado de Colima, en colaboración con la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones de Colima, y las instituciones públicas involucradas, deberá diseñar, implementar y mantener un Sistema de Registro, Monitoreo y Evaluación de la implementación de la presente Ley, con el fin de asegurar su cumplimiento progresivo, transparente y participativo.

SEXTO. En un plazo no mayor a seis meses a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, la Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones de Colima, en coordinación con la Secretaría de Salud, la Comisión Estatal de Derechos Humanos, las organizaciones de personas usuarias, colectivos de familiares, academia, pueblos originarios y organismos especializados en salud mental comunitaria, deberá diseñar, aprobar y publicar un Protocolo Integral para la Intervención en Situaciones de Crisis en Salud Mental, el cual deberá ser de aplicación obligatoria en todos los servicios públicos, sociales y privados del Estado de Colima.

SÉPTIMO. La Secretaría de Salud conforme a la suficiencia presupuestal asignada en el Presupuesto de Egresos del Estado de Colima para el ejercicio fiscal del año 2026, instrumentará las acciones establecidas en la presente Ley.

La Gobernadora del Estado de Colima dispondrá se publique, circule y observe.

Dado en el Recinto Oficial del Poder Legislativo del Estado de Colima, a los 21 veintiún días del mes de septiembre de 2026 dos mil veintiséis.

DIP. KAREN JUDITH JURADO ESCAMILLA
PRESIDENTA
Firma.

DIP. JAIME ENRIQUE SOTELO GARCÍA
SECRETARIO
Firma.

DIP. SOFÍA PERALTA FERRO
SECRETARIA
Firma.

Por lo tanto, mando se imprima, publique, circule y observe.

Dado en la residencia del Poder Ejecutivo, el día 24 (veinticuatro) del mes de septiembre del año 2026 (dos mil veintiséis).

Atentamente
"SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN"
LA GOBERNADORA CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y
SOBERANO DE COLIMA
MTRA. INDIRA VIZCAÍNO SILVA
Firma.

EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO
LIC. ALBERTO ELOY GARCÍA ALCARAZ
Firma.

SIN TEXTO



EL ESTADO DE COLIMA

PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO
CONSTITUCIONAL DEL ESTADO

DIRECTORIO

Mtra. Indira Vizcaíno Silva
Gobernadora Constitucional del Estado de Colima

Lic. Alberto Eloy García Alcaraz
Secretario General de Gobierno y
Director del Periódico Oficial

Mtro. J. Dolores García Sosa
Director General de Gobierno

Dra. Mayra Patricia Rangel Sandoval
Directora de Proyectos

Colaboradores:

Mtro. Ariel Benjamín Hernández Cruz
LEM. Daniela Elizabeth Fariás Fariás
Mtra. Lidia Luna González
C. Ma. del Carmen Elisea Quintero
Licda. Perla Yesenia Rosales Angulo

CP. Betsabé Estrada Morán
ISC. Edgar Javier Díaz Gutiérrez
ISC. José Manuel Chávez Rodríguez
LI. Marian Murguía Ceja
LAE. Omar Alejandro Carrillo Reyes

Para lo relativo a las publicaciones que se hagan en este periódico, los interesados deberán dirigirse a la Secretaría General de Gobierno.

El contenido de los documentos físicos, electrónicos, en medio magnético y vía electrónica presentados para su publicación en el Periódico Oficial ante la Secretaría General de Gobierno, es responsabilidad del solicitante de la publicación.

Tel. (312) 316 2000 ext. 27841
publicacionesdirecciongeneral@gmail.com
Tiraje: 500